



**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI
INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI**

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento IVASS) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE**AVVERTENZA**

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al contraente¹ il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative, pecuniarie e disciplinari.

PARTE I – Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto² con il contraente

- a) Lando Ylenia
- b) iscritto in data 26/04/2016 alla sezione E del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi al n. E000547239 in qualità di responsabile incaricato al coordinamento e controllo per l'attività di intermediazione assicurativa a distanza svolta tramite call center
- c) indirizzo: sede operativa nella quale il soggetto di cui sopra opera (Via degli Aldobrandeschi 300 - 00163 Roma)
- d) recapito telefonico +39 060.060 mail Centro_Relazioni_Clientela@bnlmail.com sito internet www.bnl.it PEC assicurazioni@pec.bnlmail.com;
- e) l'impresa assicuratrice di cui sono offerti i prodotti è Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia
- f) intermediario per il quale il soggetto di cui sopra opera: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. con sede in V. Veneto 119 – 00187 Roma iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D
- g) si segnala che l'IVASS è l' Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi**Si precisa che**

- a) Né la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., società soggetta ad attività di direzione e coordinamento del socio unico BNP Paribas, né il soggetto di cui alla Parte I iscritto nella sezione E detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.
- b) BNP Paribas detiene il gruppo Cardif che controlla la compagnia assicurativa di cui sono intermediati i prodotti; BNP Paribas è detentrica di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale dell'intermediario (la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., in quanto suo socio unico) per il quale il soggetto di cui alla Parte I iscritto alla sezione E opera.
- c) Con riguardo al contratto proposto: la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e il soggetto di cui alla Parte I iscritto alla sezione E propongono il contratto in assenza di obblighi contrattuali che impongano loro di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Il contraente ha diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.
- b) Il contraente ha facoltà di inoltrare reclamo che riguarda:

¹ In caso di polizza collettiva per contraente si intende anche l'aderente alla stessa polizza collettiva

² Trattandosi di attività di intermediazione svolta tramite call center, il soggetto che entra effettivamente in relazione con il contraente è l'addetto al call center, il quale fornisce le proprie generalità al primo contatto; il soggetto iscritto alla sezione E indicato nel presente modulo è la persona individuata quale responsabile incaricato al coordinamento e controllo per l'attività di intermediazione assicurativa a distanza svolta dal call center, con il quale, a richiesta, il contraente può essere messo in contatto.



- il comportamento dell'impresa di assicurazione, o la violazione da parte della stessa impresa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri), direttamente all'impresa nelle modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione (art. Reclami);
- il comportamento dell'intermediario, o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), tramite:
 - posta ordinaria a:
BNL Gruppo BNP Paribas
Ufficio Reclami
Via Vittorio Veneto 119, 00187 Roma
 - per e-mail a: reclami@bnlmail.com
 - per posta certificata a: reclami@pec.bnlmail.com

Il reclamo sarà trattato dall'apposita funzione reclami dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario che avrà cura di rispondere entro quarantacinque giorni dalla presentazione del reclamo.

Inoltre il contraente, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo ovvero in caso di mancata risposta entro quarantacinque giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa di assicurazione ovvero può rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

FOGLIO LASCIATO VOLONTARIAMENTE IN BIANCO



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA n. 5428/02

DEFINIZIONI:

Aderente: la persona fisica che ha aderito alla Polizza.

Assicurato: la persona fisica che ha aderito alla Polizza e per la quale è prestata l'assicurazione, in relazione ad eventi che occorrono a sé ovvero, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura, anche ai componenti del suo Nucleo Familiare.

Assicuratore, Compagnia: Cardif Assurances Risques Divers, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Attestato di Assicurazione: il documento emesso dalla Compagnia che attesta la conclusione del contratto per effetto del consenso telefonico e l'accesso alla copertura assicurativa.

Attività Sportiva Professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Cartella Clinica: documento redatto sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati e diario clinico.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., iscritta al n. D000201446 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. del 2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, che stipula la Polizza per conto dei propri clienti titolari di conto corrente e che propone l'adesione alla copertura su incarico della Compagnia.

Data di Decorrenza: la data di adesione telefonica alla copertura assicurativa, così come riportato nell'Attestato di Assicurazione.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: tecnica terapeutica cruenta effettuata mediante l'uso di strumenti operatori, realizzata con diresi, emostasi, sintesi e sutura dei tessuti, finalizzata a migliorare lo stato clinico del paziente, dietro espresso parere specialistico.

Invalità Permanente o IP: la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Lesione: alterazione dello stato fisico, quando è generata da energia meccanica configura un trauma nell'organismo.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Nucleo Familiare: il coniuge, il convivente more uxorio o i figli dell'Assicurato presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura.

Parti: Aderente/Assicurato, Contraente, Assicuratore.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Prestazione. Quando la franchigia è Relativa, in caso di superamento del Periodo di Franchigia, la Prestazione è dovuta per l'intero.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5428/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Art. 1 – Oggetto della copertura - Pacchetto Assicurativo "Salute"

L'Assicuratore, nei limiti ed alle condizioni di cui all'art. 5, riconosce all'Assicurato le seguenti coperture:

- "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", ossia una copertura per le Lesioni derivanti da Infortunio;
- "INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO", ossia una copertura per l'IP derivante da Infortunio;
- "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA", ossia una copertura per le ipotesi di Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio o Malattia;

Le garanzie sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e costituiscono insieme il Pacchetto Assicurativo "Salute", a cui i clienti della Contraente potranno aderire in relazione ad eventi che occorrono a sé - Copertura "OPZIONE SINGOLO" - ovvero anche al Nucleo Familiare - Copertura "OPZIONE NUCLEO" - a seguito di un'unica dichiarazione telefonica di adesione.

Art. 2 – Requisiti di assicurabilità e condizioni di estensione della copertura assicurativa

Può aderire alla copertura ed è assicurabile la persona fisica che, all'atto dell'adesione, sia titolare di un conto corrente presso la Contraente ed abbia un'età compresa tra 18 e 64 anni.

In caso di adesione alla Copertura "OPZIONE NUCLEO", la copertura assicurativa si estende agli eventi che occorrono ai componenti il Nucleo Familiare dell'Aderente, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- per tutti i componenti il nucleo familiare: la presenza, al momento del Sinistro, nello stato di famiglia dell'Aderente stesso;
- per il solo coniuge convivente o il convivente more uxorio: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, compresa tra 18 ed 64 anni;
- per i soli figli conviventi: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, non superiore a 24 anni e un'età, al momento del Sinistro, superiore ad 1 anno compiuto

Si aderisce alla copertura assicurativa prestando oralmente il proprio consenso nel corso della telefonata di collocamento.

2.1 Condizioni al momento dell'Adesione

L'assicurazione può essere conclusa se, al momento dell'adesione:

- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia



- l'Aderente/Assicurato non è cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America
- l'Aderente/Assicurato non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)
- l'Aderente ha la propria residenza in Italia.

2.2 Condizioni durante l'assicurazione

L'assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata:

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia
- gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato era cittadino al momento dell'adesione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza dopo l'adesione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America
- l'Aderente mantiene la propria residenza in Italia.

L'Aderente/Assicurato si obbliga a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte. Se l'Aderente/Assicurato non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza dell'Aderente, oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza o il trasferimento della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato).

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

Art. 3 – Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) della Data di Decorrenza così come riportato nell'Attestato di Assicurazione, a condizione che il primo addebito del Premio (costituito da tre rate di Premio mensili), che avverrà 2 mesi dopo la Data di Decorrenza vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di pagamento di quanto dovuto.

Art. 3.2 In caso di sinistro denunciato prima della data di addebito del Premio, il pagamento della Prestazione è subordinato all'immediato addebito andato a buon fine delle rate di Premio scadute. E' fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di recesso.

Art. 3.3 In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora l'Assicuratore, nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il primo addebito o la rata mensile di Premio sono scaduti, non agisce per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese.

Art. 3.4 La copertura assicurativa ha una durata annuale.

Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta. La disdetta può essere inviata dall'Assicurato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante comunicazione telefonica al numero +39 060.060, ovvero a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviarsi a Cardiff Back Office Protezione e Ufficio Sinistri –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano.

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno di età dell'Aderente;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza mensile successiva fatta salva la modifica di tale conto con altro intrattenuto presso la Contraente;
- in caso di decesso dell'Aderente;
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio;
- se l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato, con effetto dalla data di applicazione;
- se l'Aderente perde la propria residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento della residenza.

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Aderente sull'Attestato di Assicurazione o a quello eventualmente diverso comunicato nel corso del rapporto.

Art. 4 – Diritto di recesso

Art. 4.1 L'Aderente può recedere dalla Polizza entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza telefonando al numero +39 060.060 oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (farà fede il relativo timbro postale) indirizzata a Cardiff – Back Office –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione telefonica o della spedizione della raccomandata.

Art. 4.2 In caso di sinistro avvenuto durante il periodo in cui è possibile esercitare il diritto di recesso, il pagamento della Prestazione è subordinato all'addebito andato a buon fine delle rate di Premio relative al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Qualora l'Aderente successivamente al sinistro eserciti il diritto di recesso, fermo il riconoscimento dell'indennizzo, se dovuto, l'Assicuratore tratterà la parte di Premio comprensivo delle imposte, relativo al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto

Art. 4.3 La Compagnia può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, l'Aderente/Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti

Art. 5 – Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Art. 5.1 - Indennità da Infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è la Lesione derivante da Infortunio, purché si tratti di una delle Lesioni indicate nella tabella allegata alle presenti Condizioni (Allegato A).



(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Indennità nella misura fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di Lesione indicata nella tabella allegata (Allegato A).

Qualora un singolo evento Infortunio determini un politraumatismo, caratterizzato da più Lesioni, l'Assicuratore liquiderà l'importo risultante dalla somma delle singole voci di Lesione riportate in tabella, nei limiti del **Massimale di Euro 100.000,00=**.

Con riferimento alla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa, la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è **limitata a n. 2 (due) Sinistri e non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00=**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IP DA INFORTUNIO", **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Qualora l'Assicuratore abbia già liquidato la prestazione prevista dalla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e, successivamente, in conseguenza del medesimo evento che ha dato origine al Sinistro, si accerti che è insorta una Invalidità Permanente in misura pari o superiore a 67%, verrà corrisposta all'Aderente la differenza tra quanto già liquidato nel corso dell'annualità in forza della garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", e la somma di Euro 100.000,00=.

Tale Sinistro verrà quindi considerato "IP DA INFORTUNIO" e non più "INDENNITÀ DA INFORTUNIO".

Art. 5.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è l'Invalidità Permanente a seguito di Infortunio in misura pari o superiore a 67%, da valutarsi in base al DL 38 del 23.02.2000 INAIL e successive modifiche.

(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Prestazione pari ad Euro 100.000,00=.

Tale Prestazione è dovuta solo a seguito dell'accertamento dei postumi permanenti (cioè a stabilizzazione avvenuta del quadro clinico) causati dall'Infortunio verificatosi nel corso di polizza, e **comunque entro 18 mesi dalla data di accadimento dall'evento lesivo**.

Con riferimento alla garanzia "IP DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00=**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IP DA INFORTUNIO" **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Per tutta la durata della copertura, ivi comprese le ipotesi di tacito rinnovo, la prestazione assicurativa relativa alla garanzia "IP DA INFORTUNIO" potrà essere liquidata una sola volta per l'Aderente ed una sola volta per ciascuno dei componenti il Nucleo Familiare.

L'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 67% dovrà configurarsi in conseguenza di un singolo evento infortunante e non verrà calcolata sulla base dei postumi complessivi derivati da eventi o Sinistri verificatisi in annualità diverse.

Art. 5.3 - Diaria da Ricovero Ospedaliero per Infortunio e Malattia

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e/o Malattia.

(b) Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 2 (due) giorni.

(c) Periodo di Carenza

Per il ricovero a seguito di Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni.

(d) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore, per il periodo di Ricovero Ospedaliero, liquida una Indennità pari ad Euro 40,00= al giorno.

Con riferimento alla garanzia "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA", la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato per ciascuna annualità assicurativa, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è **pari ad un massimo di Euro 2.400,00=, corrispondenti a 60 (sessanta) giorni di Ricovero Ospedaliero**.

Art. 6 – Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende;
- b) sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- d) infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- e) interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;
- f) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;
- g) sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- h) infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;
- i) infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- j) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- k) infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- l) infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- m) infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
- n) infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;



- o) infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helsenow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
- p) ogni lesione non riportata nell'Allegato A;
- q) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- r) ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
- s) ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
- t) ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).

Si precisa che ai fini dell'operatività della garanzia "IP DA INFORTUNIO" non verranno considerati i postumi permanenti conseguiti a stati patologici pregressi (da Malattia o Inffortunio).

Art. 7 – Beneficiari delle prestazioni

Per tutte le coperture assicurative, Beneficiario delle Prestazioni è l'Assicurato.

Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Art. 8 – Premio

Il premio è unico annuale anticipato, ed è indicato sull'Attestato di assicurazione; si intende comprensivo dell'imposta di assicurazione in misura pari al 2.50% dei premi imponibili. Il premio annuale può essere, a scelta dell'Aderente, frazionato in rate mensili.

Il pagamento del Premio avverrà mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.

Il primo addebito del premio è effettuato 2 mesi dopo la Data di Decorrenza. In caso di premio frazionato tale addebito avrà ad oggetto 3 rate di premio.

Art. 9 – Clausola di revisione del Premio

La Compagnia si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo qualora, valutando i dati statistici di riferimento, venga accertato un andamento tecnico negativo della Polizza.

Le variazioni di premio verranno applicate al momento del rinnovo annuale della copertura.

La Compagnia invierà all'Assicurato la comunicazione di variazione del Premio con preavviso di 60 giorni, rispetto alla scadenza annuale della copertura.

L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura alla scadenza annuale.

Il recesso deve essere comunicato all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della copertura a mezzo lettera raccomandata AR.

Art. 10 – Bonus rinnovo

Qualora, entro 30 giorni dalla data di scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Compagnia non abbia confermato all'Assicurato l'accettazione di alcun sinistro durante l'annualità medesima, quest'ultimo, in caso di rinnovo, avrà diritto ad un mese gratuito di copertura.

Ogni conferma posteriore al termine anzidetto verrà computata con riferimento all'annualità successiva.

Art. 11 – Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro, si raccomanda all'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.070.988, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif mediante una delle seguenti modalità:

- scrivendo a "Cardif – Ufficio Sinistri –Piazza Lina Bo Bardi, 3 – 20124 Milano"

oppure

- inviando un fax al numero 02.30329810

L'Assicurato dovrà consegnare a Cardif Assurances Risques Divers tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. La Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritenga necessaria per la corretta valutazione del Sinistro.

In particolare, salvo eventuali integrazioni richieste dall'assicuratore, i documenti necessari per le garanzie assicurate sono i seguenti:

- denuncia scritta del sinistro;
- copia del documento d'identità dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria (ad esempio verbale di pronto soccorso) e strumentale (ad esempio: Rx, ecografia, TAC, RMN) comprovante la lesione, completa di indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché di una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;
- lettera di dimissione e copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero;
- stato di famiglia (per le coperture riguardanti l'intero nucleo familiare).

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della Compagnia stessa.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

In ogni caso, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni solo previo incasso dei premi dovuti.

Art. 12 – Liquidazione dei sinistri

La Compagnia, dopo la ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al Sinistro, si impegna a liquidare la Prestazione, in caso di accettazione, entro 30 giorni da tale ricezione.

Tutti i pagamenti della Compagnia, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro
- versati su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un'Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

Art. 13 – Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

Art. 14 – Collegio dei Medici

L'Assicurato avrà facoltà – e, qualora la eserciti, la Compagnia dovrà aderirvi - di rimettere alla decisione di Arbitri le eventuali controversie su natura e valutazione del sinistro denunciato. In tal caso le parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Ciascuna delle parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti, purché assunte a maggioranza.

Art. 15 – Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 19 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore



saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato ovvero qualora l'Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.

La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione.

Art. 16 – Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 17 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 18 – Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Art. 19 – Reclami

Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif – Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3
20124 Milano
e-mail reclami@cardif.com
fax 0277.224.265

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato alla Compagnia nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nell'Allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore
Via del Quirinale 21
00187 Roma
ivass@pec.ivass.it
fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente la residenza in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'IVASS che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html>.

Art. 20 – Tutela dei dati – Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs 30 giugno 2003 n. 196

La Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si



citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: intermediari, riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Compagnia; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede delle Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo "Titolare", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del

D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

- Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Direttore Marketing, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti/marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano; email: privacy_it@cardif.com.



Tabella indennizzi - Allegato A INDENNITA' DA INFORTUNIO

TIPOLOGIA DI LESIONE	Indennizzi
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	1.500 €
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	4.500 €
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO o MASCELLARE o PALATINO o LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.500 €
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare - non cumulabile con LEFORT II° o III°)	2.500 €
FRATTURA LEFORT II° (non cumulabile con LEFORT I° o III°)	4.000 €
FRATTURA LEFORT III° (non cumulabile con LEFORT I° o II°)	5.000 €
FRATTURA ETMOIDE o OSSO LACRIMALE o OSSO JOIDEO o VOMERE o OSSA NASALI PROPRIE	500 €
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	2.000 €
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA ARCO ANTERIORE o ARCO POSTERIORE o MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO o PROCESSI ARTICOLARI) I° VERTEBRA (C1)	7.500 €
FRATTURA CORPO o PROCESSO TRASVERSO o PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA (C2)	7.200 €
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.500 €
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII° VERTEBRA	7.500 €
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
OSSO SACRO	
FRATTURA DELLE OSSA DEL SACRO	3.000 €
COCCIGE	
FRATTURA DEL COCCIGE	2.500 €
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE o BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) o DEL PUBE	2.500 €



FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6.000 €
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA STERNO	2.500 €
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	500 €
ARTO SUPERIORE (DESTRO o SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	1.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE o SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	5.000 €
FRATTURA EPIFISI DISTALE o INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	4.500 €
AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA o PROCESSO STILOIDEO o INCISURA ULNARE)	4.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE o CAPITELLO o COLLO o CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	3.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO o PROCESSO CORONOIDEO o INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	3.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	7.000 €
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	2.000 €
FRATTURA DEL CARPO (PER CIASCUN OSSO - ESCLUSO LO SCAFOIDE)	200 €
FRATTURA I° METACARPALE	1.500 €
FRATTURA II° 0 III° 0 IV° 0 V° METACARPALE	200 €
FRATTURA DITA	
POLLICE (FALANGE PROSSIMALE e/o FALANGE DISTALE)	5.000 €
INDICE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	4.000 €
MEDIO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
ANULARE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
MIGNOLO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.000 €
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA	14.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	12.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE PATELLECTOMIA TOTALE	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE OSTEOSINTESI e CERCHIAGGIO DI ROTULA	1.000 €
PERDITE ED USTIONI	
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	15.000 €
CECITA' MONOCULARE	7.500 €
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.500 €



PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3.000 €
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500 €
PERDITA ANATOMICA DI DUE TESTICOLI	8.000 €
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15.000 €
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	20.000 €

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	3.500 €
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEI TENDINI DI CIASCUN DITO DELLA MANO	2.000 €
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE	4.000 €
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata strumentalmente)	2.000 €
LUSSAZIONE DEL CERCINE GLENO-OMERALE (Documentata strumentalmente)	3.500 €
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE GOMITO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE MCF o IF 2° o 3° o 4° o 5° DITO DELLA MANO (evidenziata strumentalmente)	500 €
LUSSAZIONE MCF o IF POLLICE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF DELL'ALLUCE (Documentata strumentalmente)	2.500 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF II° o III° o IV° o V° DITO DEL PIEDE (Documentata strumentalmente)	200 €
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE e/o POSTERIORE e/o DEL PIATTO TIBIALE (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA e/o DEI MENISCHI (Documentata strumentalmente)	500 €
LESIONE TENDINE ROTULEO (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (Documentata strumentalmente)	4.000 €

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE AL TERZO SUPERIORE o TERZO MEDIO DI BRACCIO	40.000 €
AMPUTAZIONE DI UNA MANO o DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	30.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	25.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	18.000 €
AMPUTAZIONE 2 DITA	8.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	9.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI INDICE	5.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI MEDIO	3.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI ANULARE o MIGNOLO	1.500 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI INDICE	4.000 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI MEDIO	2.700 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI ANULARE o MIGNOLO	1.200 €
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DI POLLICE	7.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DI CIASCUNA DELLE ALTRE DITA	1.500 €

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE DI COSCIA (al di sopra della metà di coscia o al di sopra di ginocchio)	40.000 €
AMPUTAZIONE TOTALE oppure OLTRE I DUE TERZI PROSSIMALI DI GAMBA (al di sotto del ginocchio)	35.000 €
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE DISTALE	30.000 €



PERDITA DI UN PIEDE	30.000 €
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	15.000 €
PERDITA DELL'ALLUCE	8.000 €
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	4.000 €
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	200 €