

BLUFAMILY

UBI  **Assicurazioni**

NOTA INFORMATIVA

UBI Assicurazioni S.p.A., ai sensi e per gli effetti dell'art.185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7 settembre 2005, (Codice delle Assicurazioni Private), ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento ISVAP n° 24 del 19 Maggio 2008 provvede a comunicare al Contraente quanto segue:

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

UBI Assicurazioni S.p.A.:

- Impresa del Gruppo UBI Banca;
- è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13-2-1987 (G.U. del 16-3-1987 n. 62);
- ha sede in Italia, Piazzale Fratelli Zavattari, 12, 20149 Milano, Tel. 02499801, Fax 02.49980498, sito internet: www.ubiassicurazioni.it

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. È data facoltà alle parti di scegliere la legislazione applicabile, salve in ogni caso le norme imperative del diritto italiano. UBI Assicurazioni S.p.A. propone comunque, per i propri prodotti, la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa UBI Assicurazioni S.p.A. – Servizio Antifrode e Reclami, P.le F.lli Zavattari, 12 – 20149 Milano – Fax 02 49980492 – e-mail: reclami@ubiassicurazioni.it.

Qualora l'esponente ritenga la risposta dell'Impresa non soddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà inviare all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, un nuovo reclamo che contenga:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'ISVAP, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui le Parti si siano accordate per una legislazione diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare gli eventuali reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente.

Termini di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO

SOMMARIO

Definizioni pag. 4

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:

Norme che regolano il contratto di assicurazione
in generale pag. 6

Norme che regolano l'assicurazione infortuni pag. 7

Garanzie pag. 9

Norme che regolano i sinistri pag. 14

Tabella di legge per i casi di Invalidità
Permanente pag. 15
(allegato 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124)

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni è convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

RELATIVE ALL' ASSICURAZIONE IN GENERALE

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

ASSICURAZIONE: la garanzia prestata con il Contratto di Assicurazione;

BENEFICIARIO: il soggetto o i soggetti ai quali l'Impresa deve liquidare l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione;

IMPRESA: UBI Assicurazioni S.p.A.;

POLIZZA: il documento che prova l'esistenza del Contratto di Assicurazione;

PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa;

RISCHIO: la possibilità che si verifichi il sinistro;

SINISTRO: l'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

SPECIFICHE DELLA POLIZZA

CARTELLA CLINICA: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

CONVALESCENZA: periodo successivo al ricovero, stabilito e prescritto dal medico curante, per consentire il ritorno dell'Assicurato al suo stato di salute abituale;

DAY HOSPITAL: la degenza diurna e senza pernottamento in struttura sanitaria autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica;

FRANCHIGIA: somma prestabilita che l'Assicurato tiene a suo carico; percentuale di Invalidità Permanente per la quale non viene corrisposto alcun indennizzo;

GESSATURA: mezzo di contenzione costituito da fasce (tensoplast), docce o altri apparecchi immobilizzanti inamovibili. È considerata gessatura qualsiasi tecnica purché equivalente che interessi i seguenti distretti anatomici, ai quali non è applicabile alcun mezzo di contenzione:

- scheletro costale;
- tratto sacro-coccigeo;
- bacino.

INDENNITÀ GIORNALIERA: la somma corrisposta dall'Impresa per ogni giorno di ricovero in Istituto di Cura;

INDENNIZZO: la somma corrisposta dall'Impresa in caso di sinistro;

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva - entro due anni dall'evento - la morte, un'invalidità permanente o altro evento garantito in polizza. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana;

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio di una qualsiasi professione o mestiere, indipendentemente dalla professione o mestiere svolto dall'Assicurato. Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima;

ISTITUTO DI CURA: l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico o paramedico abilitato. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

NUCLEO FAMILIARE: tutti i componenti risultanti dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato, senza una necessaria relazione di parentela con l'Assicurato stesso;

RICOVERO: degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento o almeno tre prestazioni consecutive in regime di day hospital;

SCOPERTO: percentuale di indennizzo che l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;

SOMMA ANNUA ASSICURATA: massimo esborso dell'Impresa per ogni anno assicurativo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio 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 C.C.

Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

Le prestazioni assicurate sono garantite dietro pagamento del premio annuo anticipato che può essere corrisposto mediante versamenti annuali o frazionati. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferma la scadenza indicata nella polizza stessa. Per le rate successive alla prima l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 3 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 8 - Persone non assicurabili e cessazione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindro-

mi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

La sopravvenienza in corso di contratto delle sopracitate affezioni o di: sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), emofilia di tipo classico o stati emofilici di qualsiasi tipo, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione nei loro confronti.

Art. 9 - Validità territoriale

La presente Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 10 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Impresa ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

L'Impresa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, relativa al periodo di assicurazione in corso, al netto dell'imposta.

Art. 11 - Anticipo indennizzi

L'Impresa, su richiesta del Contraente e/o Assicurato, anticiperà parte dell'indennizzo dovuto per le garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "LTC da Infortunio" sempreché sussistano le seguenti condizioni:

- per la garanzia "invalidità permanente da Infortunio" i postumi siano valutabili – ad esclusiva discrezione dell'Impresa – in misura non inferiore al 30% dell'Invalidità Permanente Totale;
- per la garanzia "LTC da Infortunio" sia inequivocabile – ad esclusiva discrezione dell'Impresa – il verificarsi delle condizioni che determinino il riconoscimento della garanzia stessa;
- non esistano dubbi sulla risarcibilità del danno e non siano sorte contestazioni circa l'indennizzabilità dello stesso;
- siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data della denuncia.

L'indennizzo, che non potrà essere superiore al 50% della somma spettante, verrà conguagliato in sede di liquidazione del sinistro oppure recuperati dall'Impresa nei casi di inefficacia della garanzia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 12 - Persone assicurate

L'assicurazione copre i rischi in capo all'Assicurato e, se richiamati in polizza, in capo a ciascun membro del suo Nucleo Familiare come risulta, al momento del sinistro, dai nominativi presenti nello Stato di Famiglia dell'Assicurato stesso.

In caso di assicurazione stipulata con l'estensione ai componenti del Nucleo Familiare, l'elencazione degli Assicurati deve seguire la struttura dello Stato di Famiglia; il Contraente ha tuttavia la facoltà di escludere al momento della

stipula del contratto o in un secondo momento, uno o più membri del suo Nucleo Familiare dandone comunicazione scritta all'Impresa.

Sempre nel caso di estensione al Nucleo Familiare, le Somme Assicurate indicate in polizza sono proporzionalmente ripartite in base al numero delle persone componenti il Nucleo Familiare dell'Assicurato e risultanti dallo Stato di Famiglia al momento del sinistro, indipendentemente dalla composizione del Nucleo Familiare come dichiarato dal Contraente al momento della stipula della polizza e ad esclusione dei membri di cui l'Impresa ha ricevuto richiesta scritta di esclusione.

Ai figli minori non sarà attribuito alcun capitale per il caso di Morte mentre la somma risultante per il caso di Invalidità Permanente, con criteri sopra espressi, s'intende raddoppiata.

Rimane convenuto che le somme minime garantite a favore di ciascun Assicurato, in ogni caso, non potranno essere inferiori al 35% delle somme indicate in polizza per l'intero nucleo.

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

1. dell'attività professionale dichiarata in polizza;
2. di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi nell'Assicurazione anche:

- a. gli infortuni subiti in stato di ubriachezza purché non alla guida di veicoli;
- b. gli infortuni conseguenti ad influenze termiche ed atmosferiche;
- c. l'asfissia non di origine morbosa nonché l'annegamento;
- d. la folgorazione;
- e. gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova in stato di malore o di incoscienza;
- f. gli avvelenamenti acuti, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- g. i morsi, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni conseguenti ad infortuni indennizzabili;
- h. le lesioni determinate da sforzi (diversi da quelli previsti al successivo punto l. 8);
- i. gli infortuni subiti durante l'espletamento di attività di soccorso, protezione civile e di atti inerenti la solidarietà umana, ferme le esclusioni previste dall'Art.15) punti c. e d.;
- l. gli infortuni derivanti da:
 - 1) guerra od insurrezione popolare che l'Assicurato subisca fuori dalla Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o della insurrezione, a condizione che tali eventi abbiano sorpreso l'Assicurato mentre già si trovava nello Stato nel quale sono insorti;
 - 2) tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni ed atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva o volontaria;

- 3) imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, anche dovuti a colpa grave;
- 4) uso e guida, in quanto in possesso dei requisiti di legge, di ciclomotori e motoveicoli, autovetture ad uso privato, autocarri di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 q.li, natanti ad uso privato e da diporto;
- 5) uso, in qualità di passeggero, di aeromobili da chiunque eserciti tranne che da Società di lavoro aereo in occasione di voli diversi, da trasporto pubblico di passeggeri nonché da Aeroclubs; sono compresi gli infortuni subiti in conseguenza di forzato dirottamento del velivolo o di atti di pirateria aerea;
- 6) uso e guida di qualsiasi altro mezzo se compatibile con l'attività professionale descritta in polizza;
- 7) attività sportive svolte a livello amatoriale o per diletto. Sono escluse in ogni caso le attività per le quali l'Assicurato riceva compensi pecuniari, quelle che comportano l'uso di veicoli a motore, la scalata di rocce e/o accesso a ghiacciai, gli sport aerei in genere, le attività sportive estreme e tutte quelle non di pratica comune;
- 8) le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile verranno corrisposte le spese di cui all'Art. 20, con il limite massimo di € 5.000 per ciascun evento;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un indennizzo pari al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'Art. 24.

Art. 14 - Garanzie e somme assicurate

Il Contraente, all'atto della stipula della presente polizza, deve scegliere una delle sotto indicate linee che si differenziano per la somma assicurata per ciascuna garanzia prestata.

Le garanzie devono intendersi valide sia per l'Assicurato, sia per gli eventuali membri del nucleo familiare, se indicati in polizza.

(importi in Euro)

Garanzie Prestate e Somme Assicurate	Linea 1	Linea 2	Linea 3	Linea 4	Linea 5
Morte da Infortunio	50.000	100.000	150.000	200.000	300.000
Invalidità Permanente da Infortunio	50.000	100.000	150.000	200.000	300.000
Diaria da Ricovero da Infortunio	30	60	90	120	180
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	2.500	5.000	7.500	10.000	15.000
Long Term Care da Infortunio	25.000	50.000	75.000	100.000	150.000

Art. 15 - Esclusioni

La garanzia non comprende gli infortuni derivanti:

- a. da delitti compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b. da infarti e le ernie, salvo quanto previsto dall'Art. 13) lett. I;
- c. dall'uso e guida di mezzi di locomozione, anche aerea, non espressamente previsti dall'art. 13) lett. I;
- d. da guerre e/o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 13), lett. I;
- e. dalla partecipazione ad attività sportive che non siano quelle previste dall'art. 13), lett. I;
- f. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g. dall'uso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h. da conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici e cure mediche.

Art. 16 - Cambiamento dell'attività professionale

Nell'ipotesi che, nel corso del contratto, si verifichi cambiamento delle attività professionali dichiarate, si applica quanto previsto dagli Artt. 5 o 6 e pertanto:

- se il cambiamento implica aggravamento di rischio, l'Impresa ha facoltà di recedere dal contratto salvo che si concordi tra le Parti la prosecuzione del contratto stesso sulla base di nuove condizioni che verranno stabilite di comune accordo;
- se il cambiamento implica diminuzione di rischio, l'Impresa provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza di premio successiva, comunicando al Contraente le intervenute varianti e la misura del nuovo premio ridotto;
- se infine il cambiamento dell'attività o delle sue condizioni di esercizio non comporta né aggravamento né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue senza alcuna variazione.

Art. 17 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, l'Impresa liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. **L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.** Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde ai beneficiari la sola differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

17.1 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso e l'Autorità Giudiziaria, in applicazione dell'art. 60, n. 3 C.C., o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello Stato Civile, l'Impresa liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a. sia stata fatta denuncia del sinistro all'Impresa entro 180 giorni da quello in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;

- b. siano stati interrotti dagli aventi diritto i termini di prescrizione previsti dal Codice Civile;
- c. possa ragionevolmente desumersi dalla sentenza dell'Autorità Giudiziaria che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza in vita, l'Impresa ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari, sia dello stesso Assicurato, per il recupero di quanto pagato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residuata.

17.2 - Commorienza

Qualora un medesimo evento causi la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota spettante ai figli minori (anche adottivi) verrà raddoppiata. Sono equiparati ad essi i figli maggiorenni sottoposti a tutela o colpiti da certificata incapacità o invalidità permanente a produrre reddito.

Resta inteso che l'importo del maggior indennizzo dovuto ai sensi del presente articolo, qualunque sia il numero degli aventi diritto, non potrà superare la somma di complessivi € 300.000.

Art. 18 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, l'Impresa corrisponde all'Assicurato la somma assicurata. Per i casi di invalidità permanente parziale, l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità applicando le tabelle contenute nel T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali" (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al presente articolo sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

18.1 - Franchigia e supervalutazione per Invalidità Permanente

La liquidazione degli infortuni con postumi di Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

a. nessun indennizzo verrà riconosciuto qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% dell'invalidità totale;

Qualora l'invalidità permanente risulti di grado:

b. superiore al 5% ma inferiore al 26% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia di 5 punti percentuali;

c. pari o superiore al 26% ma inferiore al 60% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;

d. pari o superiore al 60%, l'Impresa liquiderà il 100% della somma assicurata per Invalidità Permanente.

18.2 - Danni estetici

In caso di infortunio, non escluso dalle Norme che regolano l'Assicurazione, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comportino alcun indennizzo a titolo di invalidità permanente, l'Impresa rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato fino ad un massimo di € 3.000 per cure ed applicazioni nonchè per interventi di chirurgia plastica ed estetica effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. Dette spese non potranno in alcun modo cumularsi con quelle previste dall'Art. 20.

Art. 19 - Diaria da Ricovero per infortunio

L'Impresa, in caso di ricovero dell'Assicurato in Ospedale o Istituto di Cura a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, e comunque con il massimo di 100 giorni per ciascun sinistro.

19.1- Ricovero in Reparto di terapia intensiva

Qualora l'Assicurato fosse ricoverato in reparto di terapia intensiva, l'indennità giornaliera verrà maggiorata del 50%, limitatamente ai giorni di permanenza in detto reparto.

19.2 - Diaria da Convalescenza

Qualora all'atto della dimissione dall'Istituto di cura venisse prescritto un periodo di convalescenza, l'Impresa corrisponderà per ogni giorno di convalescenza la metà dell'indennità di cui all'Art. 19 con un massimo di 30 giorni per ciascun sinistro.

19.3 - Gessatura

Qualora l'Assicurato fosse dimesso dal luogo di cura dopo applicazione di gessatura, l'Impresa corrisponderà il 50% dell'indennità di cui all'Art. 19 per tutto il periodo di gessatura, col massimo di:

- 25 giorni per gli arti inferiori;
- 15 giorni per gli arti superiori e i restanti distretti anatomici.

Per la presente garanzia non è applicabile quanto previsto dall'Art. 19.2 che precede.

Art. 20 - Rimborso spese mediche da ricovero per Infortunio

In caso di ricovero reso necessario da Infortunio, anche in regime di day-

hospital, l'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza:

- a) nei 90 giorni precedenti il ricovero:
 - gli esami di laboratorio e/o strumentali, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche, il trasporto con ambulanza;
- b) durante il ricovero:
 - gli onorari di chirurgo e assistenti, la sala operatoria e i materiali d'intervento, l'assistenza medica e/o infermieristica, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-operatori, le rette di degenza, il vitto e alloggio dell'accompagnatore (con un massimo di € 1.500), il trasporto con ambulanza;
- c) nei 90 giorni successivi al ricovero:
 - gli esami di laboratorio e/o strumentali, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche, il trasporto con ambulanza, l'acquisto di medicinali, l'assistenza medica e/o infermieristica anche domiciliare (con un massimo di € 60 al giorno), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali (con un massimo di € 2.000), il trasporto salma dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga per le cure del Servizio Sanitario Nazionale, è previsto il rimborso delle spese eccedenti il SSN.

Le spese indicate ai punti b) e c) sono riconosciute anche in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Art. 21 - Long Term Care da Infortunio

Nel caso in cui l'infortunio abbia come conseguenza la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato, come sotto specificato, l'Impresa provvederà alla liquidazione della somma assicurata a tale titolo.

È considerato non-autosufficiente l'Assicurato che a seguito di Infortunio che abbia residuo una Invalidità Permanente superiore al 5% della totale, non sia più in grado di svolgere in maniera permanente 3 delle seguenti 6 attività:

- mobilità (alzarsi dal letto e dalla poltrona);
- lavarsi (fare la doccia e/o il bagno);
- igiene personale del corpo (lavarsi viso e denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi, ecc.);
- vestirsi e svestirsi;
- bere e mangiare;
- continenza.

L'accertamento della non-autosufficienza avviene con le stesse modalità previste per l'accertamento dell'Invalidità Permanente. L'indennità liquidata a termini del presente articolo è cumulabile con altre indennità previste dalla polizza.

Art. 22 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili degli infortuni.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 23 - Denuncia del sinistro - Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare l'infortunio entro dieci giorni dall'accadimento ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo direttamente alla filiale presso cui è stato sottoscritto il contratto o alla direzione dell'Impresa.

La denuncia deve essere corredata da certificato medico e deve contenere, a seconda dei casi, l'indicazione del luogo e dell'ora dell'evento, una circostanziata descrizione dei fatti, la presentazione in originale delle relative notule, fatture, distinte e ricevute debitamente quietanzate (che saranno restituite a semplice richiesta), gli ulteriori documenti medici comprovanti il decorso delle lesioni.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli disposti dall'Impresa, fornire alla stessa (anche tramite gli aventi diritto) ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Art. 24 - Controversie - Arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 25 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida le indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede, entro i trenta giorni successivi al pagamento, al netto degli eventuali anticipi (Art. 11) o provvisori (Art. 24).

Le indennità vengono corrisposte in Italia ed in valuta legale e, per le spese sostenute in valuta diversa da quella legale, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa stessa.

Tabella di legge per i casi di Invalidità Permanente

(allegato 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 – Industria)

	Percentuali		
	Destro	–	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15	
Sordità completa bilaterale		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a. con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b. senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°- 75°			
a. in semipronazione	30		25
b. in pronazione	35		30
c. in supinazione	45		40
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20

	Percentuali		
	Destro	–	Sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a. in semipronazione	40		35
b. in pronazione	45		40
c. in supinazione	55		50
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a. in semipronazione	22		18
b. in pronazione	25		22
c. in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio:			
a. per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b. per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35		30

	Percentuali		
	Destro	–	Sinistro
Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		6
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Perdita totale del solo alluce		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni, effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale:**
 - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- In caso di afachia bilaterale**, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



UBI Assicurazioni S.p.A. - Società facente parte del Gruppo UBI Banca e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unione di Banche Italiane S.c.p.a. - 20149 Milano - Piazzale Fratelli Zavattari, 12 - Tel. 0249980.1 - Fax 0249980498 - Capitale Sociale € 32.812.000 i.v. - Codice Fiscale, Partita Iva e n° Iscrizione Registro delle Imprese di Milano 07951160154 - n. Iscrizione Albo delle Imprese di Assicurazione 1.00064 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13-2-1987 (G.U. del 16-3-1987, n. 62).