

Polizza infortuni

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "FormulaPersona"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela l'Assicurato per Infortuni avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale e di ogni altra attività di carattere non professionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Coperture assicurative:**
 - Morte da infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi. Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, è previsto un indennizzo dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta.
 - Invalidità Permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.
 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio: in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza prevede il rimborso delle spese di cura che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale fino alla concorrenza della somma assicurata.
 - Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio: in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza prevede un indennizzo per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
- ✓ Le garanzie prestate sono componibili esclusivamente nelle seguenti Formule:
 - Formula Base:
 - Invalidità Permanente da Infortunio
 - Rimborso Spese mediche da Infortunio
 - Formula Argento:
 - Morte da Infortunio
 - Invalidità Permanente da Infortunio
 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio
 - Formula Oro:
 - Invalidità Permanente da Infortunio
 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio
 - Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
 - Formula Diamante:
 - Morte da Infortunio
 - Invalidità Permanente da Infortunio
 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio
 - Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
- ✓ **Coperture assicurative aggiuntive:**
 - Diaria da Ricovero per Infortunio: prevede, in caso di ricovero in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.
 - Diaria da Convalescenza post Ricovero: prevede, a seguito di ricovero e convalescenza domiciliare prescritta dai medici, un'indennità per un periodo pari a quello del ricovero.



Che cosa non è assicurato?

L'assicurazione **non comprende gli infortuni causati da:**

- ✗ Pratica di sport con l'utilizzo di veicoli o natanti a motore;
- ✗ Pratica di sport pericolosi (es. pugilato, ...)
- ✗ Partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- ✗ Guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi "apparecchi per il volo da diporto o sportivo";
- ✗ Guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito con patente di guida scaduta se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività;
- ✗ Guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'attività professionale dichiarata nel contratto;
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- ✗ Azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- ✗ Manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace.
- ✗ Guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- ✗ Intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV);
- ✗ Trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- ✗ Rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di Esclusione dei rischi di energia nucleare;
- ✗ Guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- ✗ Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.



Ci sono limitazioni alla copertura?

- ! Ogni Formula è acquistabile singolarmente in alternativa all'altra.
- ! La garanzia aggiuntiva "Diaria da Convalescenza post ricovero" è acquistabile solo in abbinamento alla "Diaria da Ricovero per Infortunio", non singolarmente.
- ! Se l'Assicurato non comunica il cambiamento dell'attività professionale secondo le modalità indicate in Polizza, l'indennizzo verrà corrisposto:
 - ! Integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
 - ! In misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio.
- ! Non sono assicurabili le persone di età inferiore ai diciotto anni né superiore ai settantacinque anni.
- ! L'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.
- ! **Coperture assicurative:**
 - Morte per infortunio:
 - ! L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.
 - Invalidità permanente per infortunio:
 - ! In caso di invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata al netto di eventuali franchigie.
 - ! In caso di invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.
 - ! In caso di infortunio indennizzabile dal quale derivi frattura scheletrica, lussazione completa e/o distorsione, l'assicurato può:
 - ! Richiedere entro sessanta giorni dall'infortunio la pronta liquidazione che prevede un indennizzo a forfait del 0,75% della somma assicurata con un massimo di mille euro;
 - ! Richiedere l'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri.
 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio:
 - ! Nel caso di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - ! Verranno rimborsate le spese per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale;
 - ! Le spese per trattamenti fisioterapici o rieducativi verranno rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata;
 - ! Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponderà una diaria sostitutiva di cinquanta euro per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.
 - ! Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - ! Verranno rimborsate le spese per gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi all'infortunio, con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 51,00 per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato;
 - ! Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata;
 - ! Le spese per trattamenti fisioterapici o rieducativi verranno rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.
 - Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio:
 - ! Se l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in Polizza.
 - ! La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.
 - ! Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.
 - ! In caso di ricovero con almeno un pernottamento, l'indennizzo verrà corrisposto a partire dal 5° giorno successivo a quello dell'infortunio; viceversa a partire dall'ottavo giorno.
 - ! **Coperture assicurative aggiuntive:**
 - Diaria da ricovero per infortunio:
 - ! La durata massima di indennizzo è di cento giorni per evento e centottanta giorni per anno assicurativo.
 - ! La garanzia è operante in caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni senza interruzione.
 - Diaria da convalescenza post ricovero:
 - ! La garanzia è operante per un ricovero di durata superiore a tre giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ Infortuni: l'assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto.
- Devi comunicare alla Compagnia ogni cambiamento della tua attività professionale tramite raccomandata entro trenta giorni dall'ultimo giorno dell'attività professionale dichiarata in Polizza. La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà ad annullare il contratto a decorrere dalla prima scadenza annuale e, alla stessa data, ad emettere un nuovo contratto indicando la nuova professione.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente è tenuto a versare il premio alle scadenze pattuite.
- Il pagamento del premio avviene esclusivamente mediante addebito in conto.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto è annuale.
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.



Come posso cancellare il contratto?

- La polizza ha durata annuale con "tacito rinnovo", quindi il contratto può essere disdetto mediante lettera raccomandata A/R da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale indicata in polizza.
- In caso di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera di raccomandata A/R e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Polizza infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Società: BCC Assicurazioni

 BCC ASSICURAZIONI

Prodotto: "Formula Persona"

Data di aggiornamento: 01/01/2025 – Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia – Pec: bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it - Tel. +39 02 26 96 21- Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F., Partita IVA e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - Società sottoposta alla direzione e coordinamento di Assimoco S.p.A. capogruppo del Gruppo Assimoco – Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00124.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 18,585 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,448 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 4,137 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 14,946 milioni di euro (**a**);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 5,617 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 27,415 milioni di euro (**b**);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 27,415 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,83 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (**b/a**).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link:

http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, la Compagnia per la sola garanzia di invalidità permanente da infortunio, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari all'1% sulla somma assicurata fino a euro 200.000,00.

Morte da infortunio

Morte presunta

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, la Compagnia liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del codice civile.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di euro 100.000,00 a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide del 60%).

Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Compagnia in cui risulti assicurato anche il coniuge, il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di euro 100.000, 00.

Invalidità permanente da infortunio

Invalidità permanente da infortunio

La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'assicurato per infortunio totale o parziale.

Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, si precisa che non sono coperti i seguenti rischi

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, snowboard fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob su pista attrezzata, skeleton (slittino), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canyoning, bungee jumping;
- partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si segnalano le seguenti limitazioni di copertura

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età inferiore ai 18 anni né superiore ai 75 anni.

Non sono assicurabili i soggetti affetti da intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV).

Non sono assicurabili le persone che non sottoscrivono la dichiarazione presente all'interno del semplice di polizza. In caso di comunicazione del cambiamento dell'attività professionale secondo le modalità sopra indicate, la Compagnia, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività rispetto a quella dichiarata in Polizza, corrisponderà per intero l'indennizzo.

La Compagnia inoltre, al ricevimento della comunicazione, provvederà ad annullare il contratto a decorrere dalla prima scadenza annuale e, alla stessa data, ad emettere un nuovo contratto indicando la nuova professione. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti e il contraente sarà tenuto al pagamento del rispettivo premio.

In caso di mancata comunicazione, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività rispetto a quella dichiarata in Polizza, l'indennizzo verrà corrisposto:

- integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- in misura ridotta come stabilito nella tabella delle percentuali sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

Morte da infortunio

Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'assicurato muore, la

Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Invalidità permanente da infortunio

Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla Tabella 1 "Invalidità Permanente da infortunio".

Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali della Tabella 1 "Invalidità Totale Permanente da infortunio" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla Tabella 1 "Invalidità Permanente da infortunio", si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Franchigia sull'invalidità permanente

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo ad indennizzo, salvo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale, viene determinato l'indennizzo come indicato nelle Condizioni di assicurazione.
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 10% della totale, non si applica nessuna franchigia;
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 60% della totale e fino al 79%, l'indennizzo viene e corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata;
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 80% della totale l'indennizzo viene e corrisposto nella misura del 130% della somma assicurata.

Franchigia su Invalidità Permanente

A seconda del grado di Invalidità Permanente accertato, l'indennizzo liquidato per somma assicurata sarà pari alle percentuali di seguito elencate:

IP ACCERTATA	INDENNIZZO liquidato per somme assicurate
1% - 3%	0
4%	1%
5%	2%
6%	3,5%
7%	4,75%
8%	6%
9%	8%
10% - 59%	10% - 59%
60% - 79%	100%
80% - 100%	130%

Pronta liquidazione per microinvalidità permanenti: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni

In caso infortunio indennizzabile a termine di polizza dal quale derivi una o più delle seguenti lesioni:

- frattura scheletrica
- lussazione completa
- distorsione

come di seguito definite, purché non riconducibili ad eventi pregressi, l'assicurato potrà scegliere tra:

- la "pronta liquidazione", consistente nella determinazione dell'indennizzo a forfait nella misura del 0,75 % della somma assicurata con il massimo di euro 1.000,00, senza che abbia rilievo alcuno la franchigia di polizza, se pattuita, e senza che sia necessario l'accertamento medico legale e l'intervenuta stabilizzazione dei postumi. A deroga delle norme sulla DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, tale diritto potrà essere fatto valere a semplice richiesta, purché esercitata entro 60 giorni dall'infortunio e corredata dalla presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di uno specialista ortopedico e dell'accertamento diagnostico strumentale che certifichi la lesione subita. Gli accertamenti diagnostici strumentali richiesti sono quelli indicati di seguito nella definizione di ciascuna lesione subita. Se a seguito del medesimo infortunio derivino più conseguenze lesive sopra indicate l'indennizzo a forfait verrà corrisposto una sola volta. Per ciascun assicurato, non potrà essere riconosciuto più di un indennizzo per annualità assicurativa in base a tale modalità;
- richiedere l'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla presente polizza. Qualora l'assicurato opti per questa opzione, non potrà richiedere la "pronta liquidazione" descritta al punto precedente.

Rimborso spese mediche da infortunio

Rimborso spese di cura da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Compagnia assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese sostenute:

a) se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale. Limitatamente ai
- trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

Se l'assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Compagnia corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

b) se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura

alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 51,00 per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio: cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Diaria per inabilità temporanea da infortunio

Diaria per inabilità temporanea da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Compagnia liquida una diaria per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie

dichiarate.

Se l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in polizza.

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.

Franchigia sull'inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto:

- a partire dal 5° giorno successivo a quello dell'infortunio, in caso di ricovero con almeno un pernottamento presso un istituto di cura;
 - a partire dal 8° giorno successivo a quello dell'infortunio in assenza di ricovero. Maggiorazione dell'inabilità temporanea
- L'indennizzo per l'inabilità temporanea parziale e totale è aumentato del 50% quando:
- sono trascorsi 59 giorni dal momento in cui inizia l'erogazione della prestazione;
 - l'assicurato sia ricoverato per almeno tre notti presso un istituto di cura;
 - l'infortunio comporti una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni consecutivi.

Diaria da ricovero per infortunio

Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde, in caso di ricovero in istituto di cura per infortunio dell'assicurato, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. La durata massima è di 100 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

La suddetta diaria viene raddoppiata in caso di:

- ricovero di durata uguale o superiore a 7 giorni, e/o
- degenza conseguente a un "ricovero importante" quali: gli interventi per asportazione di organi, i trapianti e le artroprotesi delle grandi articolazioni.

Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per una indennità pari a quella prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività e sabato e domenica, senza interruzione.

Diaria da convalescenza post ricovero

Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di ricovero di durata superiore a 3 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, la Compagnia corrisponde un'indennità per un periodo pari a quello del ricovero.

La diaria da convalescenza viene raddoppiata in caso di ricovero di durata uguale o superiore a 7 giorni e in caso di degenza per ricovero importante.

Ai fini del computo della durata del periodo di convalescenza e della determinazione della relativa diaria, il primo e l'ultimo giorno di ricovero non vengono considerati.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire a la Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro tre giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione via e-mail o per posta ordinaria.

Assistenza diretta/in convenzione: non presente

Gestione da parte di altre imprese: non presente

Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 del C.Civ.
Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Premio	Mezzi di Pagamento <u>Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:</u> • Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto. <u>Adeguamento del premio e delle somme assicurate</u> La Polizza non prevede adeguamenti o indicizzazioni del premio
Rimborso	A seguito di recesso dal contratto, se non effettuato con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduto, tranne le imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il presente contratto ha durata annuale (1 anno) con tacito rinnovo. E' facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R., almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dello stesso. In caso di richieste di sostituzione di polizza che comportino variazioni di premio, dovrà essere sottoscritta una nuova Polizza che avrà decorrenza la prima scadenza annuale con conseguente disdetta della Polizza sostituita alla stessa data. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti. Le richieste di sostituzione di Polizza dovranno pervenire alla Compagnia entro e non oltre i 30 giorni precedenti alla scadenza del frazionamento annuale.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non previsto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche per la copertura di Infortuni legati all'attività professionale e di ogni altra attività di carattere non professionale.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	20 %
----------------	------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami – Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – E-mail reclami@bccassicurazioni.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale. Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla 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. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Polizza n° _____

Contraente _____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A TUTELA DELLA PERSONA

FormulaPersona

Polizza contro il rischio derivante da Infortunio

Prestazioni assicurate da:



BCC Assicurazioni S.p.A.

Le presenti Condizioni di Assicurazioni

Ed. 20/04/2024 – aggiornamento 01/01/2025, devono essere consegnate unitamente
ai Documenti Informativi

Precontrattuali:

- DIP Danni, Ed. 20/04/2024 – aggiornamento 01/01/2025
- DIP aggiuntivo Danni, Ed. 20/04/2024 – aggiornamento 01/01/2025

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

Beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato stesso o, in caso di Morte, i suoi eredi legittimi e testamentari.

Cartella Clinica

Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

La persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Convalescenza a Domicilio

Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato.

Day Hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Decorrenza

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia

La parte di danno espressa in misura fissa che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Immobilizzazione

L'apparecchio gessato o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili e i presidi di contenimento delle fratture nasali) applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico.

Sono inoltre considerati apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico
- Bendaggi amidati
- Docce/valve gessate
- Bendaggio Desault
- Minerve (anche in cuoio)
- Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo)
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin)

- Ginocchiera DonJoy: pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.
- Stecca di Zimmer: pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.

Si precisa che viene riconosciuta la maggiorazione dell'inabilità temporanea prevista all'ultimo punto dell'art. 44 "Maggiorazione per inabilità temporanea", indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola, purché radiologicamente accertate.

Inabilità Temporanea

La perdita temporanea, totale o parziale, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Indennizzo

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario Collocatore

Le Banche di Credito Cooperativo.

Invalidità Permanente

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Massimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Parti

L'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che la Società ha stabilito quale importo dovuto e da pagarsi dal Contraente in base alla presente Polizza.

Ricovero

La permanenza in un Istituto di Cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.

Rischio

La possibilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto

La percentuale del danno che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

In caso di sinistro che preveda lo scoperto e a franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.

Sforzo

Evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Società:

BCC Assicurazioni S.p.A., con Sede Legale Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia

Ubriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

Il presente contratto ha per oggetto le prestazioni delle seguenti garanzie:

- Morte da Infortunio;
- Invalidità Permanente da Infortunio;
- Rimborso Spese Mediche da Infortunio;
- Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio.

L'assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento: dell'attività professionale (Infortuni Professionali) e di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali), fatte salve le Esclusioni previste dalla presente Polizza.

Le Garanzie prestate sono combinabili esclusivamente nelle Formule sotto riportate:

FORMULA BASE	Invalidità Permanente da Infortunio Rimborso Spese Mediche da Infortunio
FORMULA ARGENTO	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio Rimborso Spese Mediche da Infortunio
FORMULA ORO	Invalidità Permanente da Infortunio Rimborso Spese Mediche da Infortunio Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
FORMULA DIAMANTE	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio Rimborso Spese Mediche da Infortunio Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio

Ogni Formula è acquistabile singolarmente in alternativa una all'altra.

A ciascuna delle suddette Formule possono essere abbinate le seguenti garanzie aggiuntive:

- **Diaria da Ricovero per Infortunio;**
- **Diaria da Convalescenza post Ricovero** (acquistabile solo in abbinamento alla Diaria da Ricovero per Infortunio, non singolarmente).

Art. 2 - Conclusione del Contratto

Il Contratto si intende concluso nel momento della sottoscrizione della Proposta, salvo che la Compagnia, entro 30 giorni solari dalla data della sottoscrizione della stessa, comunichi al contraente mediante raccomandata A.R. il proprio rifiuto ad accettare la proposta.

Nell'ipotesi che venga comunicato al Contraente il rifiuto di accettare la proposta nel termine di cui al punto precedente, la Compagnia restituirà il premio che sia stato eventualmente corrisposto.

Art. 3 - Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento dello stesso.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'Art. 1901 del C.Civ.

Art. 4 – Mezzi di pagamento del premio

Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:

- Addebito in conto corrente.

Art. 5 - Regime fiscale

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

Art. 6 - Decorrenza del Contratto e Termini di Aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza sempre che a tale data sia stato pagato il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Art. 7 - Durata e proroga del contratto

Il presente contratto ha durata annuale (1 anno) con tacito rinnovo.

E' facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R., almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dello stesso.

In caso di richieste di sostituzione di polizza che comportino variazioni di premio, dovrà essere sottoscritta una nuova Polizza che avrà decorrenza la prima scadenza annuale con conseguente disdetta della Polizza sostituita alla stessa data. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti.

Le richieste di sostituzione di Polizza dovranno pervenire alla Compagnia entro e non oltre i 30 giorni precedenti alla scadenza del frazionamento annuale.

Art. 8 – Cambiamento dell'Attività Professionale

In caso di richieste di sostituzione di polizza che comportino variazioni di premio a seguito di un cambiamento nell'attività professionale dell'Assicurato intervenuto nel corso della durata

contrattuale, l'assicurato deve comunicare alla Compagnia ogni cambiamento della sua attività professionale tramite raccomandata entro 30 giorni dall'ultimo giorno dell'attività professionale dichiarata in polizza.

La comunicazione dovrà essere inviata a:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio - Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 -
20141 Milano (MI) – Italia
infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde 800.316233

In caso di comunicazione del cambiamento dell'attività professionale secondo le modalità sopra indicate, la Compagnia, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività rispetto a quella dichiarata in Polizza, corrisponderà per intero l'indennizzo.

La Compagnia inoltre, al ricevimento della comunicazione, provvederà ad annullare il contratto a decorrere dalla prima scadenza annuale e, alla stessa data, ad emettere un nuovo contratto indicando la nuova professione. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti e il contraente sarà tenuto al pagamento del rispettivo premio.

In caso di mancata comunicazione, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività rispetto a quella dichiarata in Polizza, l'indennizzo verrà corrisposto:

- integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- in misura ridotta come stabilito nella tabella delle percentuali sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

CALCOLO PERCENTUALI DI INDENNIZZO

Attività svolta al momento del sinistro	Attività dichiarata		
	A	B	C
Classi di rischio			
A	100	100	100
B	74	100	100
C	51	70	100

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali" (ove sono indicati anche i corrispondenti codici di attività) allegata.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera Raccomandata A.R e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 10 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età inferiore ai 18 anni né superiore ai 75 anni.

Non sono assicurabili i soggetti affetti da intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV).

Non sono assicurabili le persone che non sottoscrivono la dichiarazione presente all'interno del simplo di polizza.

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia la sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto, ai sensi dell'Art. 1898 del C.Civ.

La sopravvenienza di tali affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa della risoluzione dell'intero contratto, che cesserà al primo frazionamento annuale successivo.

L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà da parte della Compagnia di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Art. 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 del C.Civ.

Art. 12 – Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Art. 13 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g) infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato (in deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- h) infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all' articolo 1912 del codice civile);
- i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto.

Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene

corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, la Compagnia per la sola garanzia di invalidità permanente da infortunio, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari all'1% sulla somma assicurata fino a euro 200.000,00, senza applicazione della franchigia prevista all'Art. 35 Franchigia su Invalidità Permanente.

Art. 14 - Rischi sportivi inclusi

La garanzia vale durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche organizzati dagli enti di promozione dello sport, dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- la pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai fino al 3° grado (scala di Monaco) purché non avvenga in solitaria.

Art. 15 - Rischi sportivi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, snowboard fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob su pista attrezzata, skeleton (slittino), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canyoning, bungee jumping;
- partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

Art. 16 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Art. 17 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'assicurato.

Art. 18 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Art. 19 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività dopo aver superato i postumi derivanti dal sinistro stesso;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace.

Per quanto riguarda le garanzie infortuni, l'assicurazione non comprende:

- f) gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- g) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche (quali ad es. la sindrome di Down e/o gli stati patologici che determinano per il soggetto necessità di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e istituti simili), la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV);
- h) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- i) rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di Esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975/1994);
- j) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- k) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 20 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del C. Civ.

Art. 21 - Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del Contraente.

Art. 22 - Foro Competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il Contraente ha la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 23 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge italiana.

Art. 23.1 - Misure Restrittive - Sanctions Clause

La compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. 24 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A

BCC Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami – Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia – E-mail reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

MORTE DA INFORTUNIO

Art. 25 – Morte

La Compagnia corrisponde in caso di decesso dell'assicurato per infortunio la somma assicurata ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

Art. 26 - Morte presunta

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, la Compagnia liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del codice civile.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 27 - Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 28 - Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di euro 100.000,00 a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide del 60%).

Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Compagnia in cui risulti assicurato anche il coniuge, il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di euro 100.000,00.

Art. 29 - Invalidità permanente da infortunio

La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'assicurato per infortunio totale o parziale.

Art. 30 - Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla Tabella 1 "Invalidità Permanente da infortunio".

Art. 31 - Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali della Tabella 1 "Invalidità Totale Permanente da infortunio" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 32 - Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla Tabella 1 "Invalidità Permanente da infortunio", si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 33 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 34 - Franchigia sull'invalidità permanente

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo ad indennizzo, salvo quanto previsto dal successivo Art. 38 "Pronta liquidazione per microinvalidità permanenti: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni";
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale, viene determinato l'indennizzo come indicato all'Art. 35 Franchigia su Invalidità Permanente.
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 10% della totale, non si applica nessuna franchigia;
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 60% della totale e fino al 79%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata;
- se il grado di invalidità permanente è pari o superiore al 80% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 130% della somma assicurata.

Art. 35 – Franchigia su Invalidità Permanente

A seconda del grado di Invalidità Permanente accertato, l'indennizzo liquidato per somma assicurata sarà pari alle percentuali di seguito elencate:

IP ACCERTATA	INDENNIZZO liquidato per somme assicurate
1% - 3%	0
4%	1%
5%	2%
6%	3,5%
7%	4,75%
8%	6%
9%	8%
10% - 59%	10% - 59%
60% - 79%	100%
80% - 100%	130%

Art. 36 - Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 37- Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato, sia stato pagato, la Compagnia corrisponde agli eredi l'importo concordato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

Art. 38 - Pronta liquidazione per microinvalidità permanenti: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni

In caso infortunio indennizzabile a termine di polizza dal quale derivi una o più delle seguenti lesioni:

- frattura scheletrica
- lussazione completa
- distorsione

come di seguito definite, purché non riconducibili ad eventi pregressi, l'assicurato potrà scegliere tra:

- la "pronta liquidazione", consistente nella determinazione dell'indennizzo a forfait nella misura del 0,75 % della somma assicurata con il massimo di euro 1.000,00, senza che abbia rilievo alcuno la franchigia di polizza, se pattuita, e senza che sia necessario l'accertamento medico legale e l'intervenuta stabilizzazione dei postumi. A deroga delle norme sulla DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, tale diritto potrà essere fatto valere a semplice richiesta, purché esercitata entro 60 giorni dall'infortunio e corredata dalla presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico e dell'accertamento diagnostico strumentale che certifichi la lesione subita. Gli accertamenti diagnostici strumentali richiesti sono quelli indicati di seguito nella definizione di ciascuna lesione subita. Se a seguito del medesimo infortunio derivino più conseguenze lesive sopra indicate l'indennizzo a forfait verrà corrisposto una sola volta. Per ciascun assicurato, non potrà essere riconosciuto più di un indennizzo per annualità assicurativa in base a tale modalità;
- richiedere l'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla presente polizza. Qualora l'assicurato opti per questa opzione, non potrà richiedere la "pronta liquidazione" descritta al punto precedente.

Frattura scheletrica: soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico.

Sono da escludere tutte le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni intendendosi con queste ultime le soluzioni di continuo incomplete, non a tutto spessore, di un osso.

Lussazione completa: lesione di una articolazione provocata da un trauma che impone alla stessa un movimento anomalo consistente in una brusca e permanente perdita dei fisiologici rapporti reciproci tra i capi ossei dell'articolazione, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico.

La lussazione è detta **completa** se la perdita dei rapporti articolari fra i capi ossei è totale, quando invece permane un contatto parziale si parla di lussazione incompleta o di sublussazione.

Distorsione: Lesione di una articolazione provocata da un trauma che impone alla stessa un movimento anomalo consistente in una brusca e temporanea alterazione dei fisiologici rapporti reciproci tra i capi ossei dell'articolazione, purché comporti una lesione delle strutture anatomiche capsulo-legamentose e/o tendinee che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e/o ecografia. L'accertamento diagnostico strumentale deve essere,

inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico.

DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Art. 39 - Diaria per inabilità temporanea da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Compagnia liquida una diaria per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Se l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in polizza.

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.

Art. 40 - Franchigia sull'inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto:

- a partire dal 5° giorno successivo a quello dell'infortunio, in caso di ricovero con almeno un pernottamento presso un istituto di cura;
- a partire dal 8° giorno successivo a quello dell'infortunio in assenza di ricovero.

Art. 41 - Maggiorazione dell'inabilità temporanea

L'indennizzo per l'inabilità temporanea parziale e totale è aumentato del 50% quando:

- sono trascorsi 59 giorni dal momento in cui inizia l'erogazione della prestazione;
- l'assicurato sia ricoverato per almeno tre notti presso un istituto di cura;
- l'infortunio comporti una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni consecutivi.

Art. 42 - Rimborso spese di cura da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Compagnia assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese sostenute:

a) se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale. Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

Se l'assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Compagnia corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

b) se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 51,00 per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio:

cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato dalla Compagnia a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata:

- telefonando al **Numero Verde**
800 053 088 (gratuito dall'Italia)
Attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle ore 19.00
- inviando una mail a: **sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it**
- inviando una PEC a: **bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it**
- inviando denuncia cartacea via Raccomandata AR a:
BCC Assicurazioni S.p.A.
Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI)

GARANZIE AGGIUNTIVE

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Art. 43 - Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde, in caso di ricovero in istituto di cura per infortunio dell'assicurato, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. La durata massima è di 100 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

La suddetta diaria viene raddoppiata in caso di:

- ricovero di durata uguale o superiore a 7 giorni, e/o
- degenza conseguente a un "ricovero importante" quali: gli interventi per asportazione di organi, i trapianti e le artroprotesi delle grandi articolazioni.

Art. 44 - Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per una indennità pari a quella prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività e sabato e domenica, senza interruzione.

DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

Art. 45 - Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di ricovero di durata superiore a 3 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, la Compagnia corrisponde un'indennità per un periodo pari a quello del ricovero.

La diaria da convalescenza viene raddoppiata in caso di ricovero di durata uguale o superiore a 7 giorni e in caso di degenza per ricovero importante.

Ai fini del computo della durata del periodo di convalescenza e della determinazione della relativa diaria, il primo e l'ultimo giorno di ricovero non vengono considerati.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 46 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro tre giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne Comunicazione:

- telefonando al **Numero Verde**
800 053 088 (gratuito dall'Italia)
Attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle ore 19.00
- inviando una mail a: **sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it**
- inviando una PEC a: **bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it**
- inviando denuncia cartacea via Raccomandata AR a:
BCC Assicurazioni S.p.A.
Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI)

Art. 47 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire a la Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 48 - Pagamento dell'indennizzo

La Compagnia provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 49 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Compagnia e l'assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici. L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 50 - Rinuncia al diritto di surrogazione

la Compagnia rinuncia, a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto all'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

TABELLA n° 1

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per Infortunio

perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebre cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
dodicesima dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
anchilosi:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%

del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
dello sciatico popliteo esterno	15%	
amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:		
sopra la metà della coscia	70%	
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%	
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
amputazione o perdita funzionale di:		
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	2,5%	
ernie addominali da sforzo non operabile	Max 10%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

TABELLA N. 2

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

002	Agente di cambio e di borsa	A
003	Agente di commercio occupato in ufficio	A
007	Albergatore senza prestazioni manuali	A
013	Amministratore di beni propri ed altrui	A
017	Architetto (in ufficio)	A
027	Avvocato o procuratore legale	A
030	Benestante senza particolari occupazioni	A
039	Casalinga	A
046	Clero	A
047	Commercialista (libero professionista)	A
053	Dirigente (in ufficio)	A
056	Disegnatore occupato solo in ufficio	A
075	Geologo occupato solo in ufficio	A
077	Geometra occupato solo in ufficio	A
081	Giornalaio	A
082	Giornalista occupato in ufficio	A
090	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)	A
096	Ingegnere occupato solo in ufficio	A
103	Insegnante materie non sperimentali o professionali	A
110	Magistrato	A
119	Medico / dentista	A
123	Negozi abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti	A
124	Negozi di articoli in pelle - calzature	A
125	Negozi giocattoli / articoli sportivi / animali domestici	A
126	Negozi cartoleria / libreria	A
127	Negozi fotografia, ottica, dischi, strumenti musicali	A
128	Farmacie	A
129	Negozi oreficerie - orologerie - gioiellerie	A
130	Negozi pane / latte / pasticceria / gelateria no produzione propria	A
131	Negozi tabaccheria / profumerie / drogherie / vini e liquori	A
142	Notaio	A
154	Studente	A
165	Assistente sociale	A
167	Assistente di vendita	A
176	Commerciante (escluso bestiame) solo ufficio	A
177	Commesso in negozio	A
179	Direttore di negozio	A
185	Gestore cinema teatro	A
193	Interprete	A
200	Matematico	A
215	Scrittore	A
217	Spedizioniere (solo ufficio)	A
222	Traduttore	A
225	Direttore didattico	A
227	Editore	A
246	Modellista in carta	A
294	Biologo	A

A02	Agente di pubblicità	A
A53	Consulente in genere	A
A90	Ambasciatori consoli diplomatici in Europa	A
B90	Impiegato con mansioni ispettive	A
C90	Personale amministrativo in ufficio	A
D90	Poste	A
E90	Programmatore sistemi elettronici - meccanografici	A
H19	Medico chirurgo, ostetrico, ginecologo	A
H64	Regista	A
I19	Medico esercente la sola medicina interna / condotto	A
L19	Medico psicanalista	A
M19	Psicologo	A

004	Agente di assicurazione e broker	B
005	Agricoltore che non prende parte ai lavori manuali	B
008	Albergatore con prestazioni manuali	B
010	Allevatore di animali senza lavoro manuale	B
016	Antiquario senza restauro	B
018	Architetto (esterno no cantieri)	B
019	Architetto (esterno si cantieri)	B
020	Autista auto serv. priv./ taxi /autoambulanze / autotfunebri	B
023	Autorimesse: esercente senza lavoro manuale	B
025	Autotrasportatore (titolare impresa) senza lavoro manuale	B
028	Barbiere parrucchiere da uomo	B
029	Barista	B
031	Bidello	B
034	Callista - pedicure - manicure	B
036	Cameriere	B
041	Cave a giorno (prop. / addetti senza lavoro manuale)	B
048	Rappresentante (senza consegna merce)	B
050	Concessionario auto / moto	B
051	Corniciaio	B
054	Dirigente (esterno no cantieri)	B
055	Dirigente (esterni si cantieri)	B
057	Disegnatore che frequenta ambienti di lavoro	B
058	Distributore carburante no lavaggio e/o manutenzione	B
060	Domestico / domestica / colf	B
064	Enologo ed enotecnico	B
065	Estetista	B
073	Fotografo solo in studio	B
074	Fotografo anche all'esterno	B
078	Geometra (esterno no cantieri)	B
079	Geometra (esterno si cantieri)	B
091	Impiegato tecnico	B
092	Imprenditore (senza lavoro manuale)	B
095	Infermiere diplomato	B
097	Ingegnere (esterno, no cantieri)	B
098	Ingegnere (esterno, si cantieri)	B
104	Insegnante materie sperimentali o prof. anche laboratori	B
105	Ispettore di assicurazione	B

106	Istruttore di teoria di scuola guida	B
107	Istruttore di pratica (guida) di scuola guida	B
114	Massaggiatore / fisioterapista	B
117	Mediatore in genere (escluso bestiame)	B
132	Frutta e verdura - fiori e piante	B
133	Negozi di casalinghi - armi	B
134	Negozi ferramenta / colori e vernici / accessori auto	B
135	Negozi elettrodomestici / mobili / igienico - sanitari (no installazione)	B
140	Bar - caffè - bottiglierie	B
141	Ristoranti / trattorie / pizzerie (no lavoro manuale)	B
143	Odontotecnico	B
145	Ostetrica	B
146	Parrucchiere da donna	B
147	Perito, libero professionista occupato all'esterno	B
152	Sarto / sarta	B
159	Vetrinista	B
161	Vigile urbano	B
162	Agronomo	B
163	Artigiano proprietario (senza lavoro manuale)	B
164	Artista	B
166	Assistente di volo (escluso volo professionale)	B
181	Custode	B
182	Fisico	B
188	Guida turistica	B
190	Impiegato amministrativo con mansioni esterne	B
192	Indossatore	B
206	Dipendente senza lavoro manuale	B
211	Portiere	B
219	Tecnico sanitario	B
224	Spedizioniere anche presso magazzini e scali	B
230	Lavanderie (con o senza consegna a domicilio)	B
231	Pensionato	B
232	Portalettere	B
233	Medico radiologo	B
239	Comm. no bestiame / accesso magazzini / no lavoro manuale	B
243	Accordatore di pianoforti	B
244	Bustaio / Camiciaio / Cravattaio / Pantaloni. / Calzetta	B
245	Cesellatore	B
247	Modista	B
248	Orologiaio riparatore	B
252	Bigiotterie	B
266	Merlettaio	B
274	Vetraio (che si occupa di vendite)	B
296	Professioni in classe	B
A48	Agente di commercio che viaggia	B
A54	Pubblicista	B
A55	Consulente tecnico (cantieri)	B
A82	Giornalista viaggiante	B
A92	Ambulante ferroviario	B

B92	Commerciante ambulante	B
C92	Commerciante con occasionale lavoro manuale	B
D92	Fotoceramista	B
G92	Pompe funebri no trasporti o addobbi	B
H90	Fattorino	B

009	Allenatore sportivo	C
014	Analista chimico	C
021	Autista bus / autocarri / motocarri (senza carico / scarico)	C
035	Calzolaio	C
049	Rappresentante (con consegna merce)	C
052	Cuoco	C
059	Distributore carburante con lavaggio e/o manutenzione	C
061	Elettrauto	C
062	Elettricista (addetto alla bassa tensione)	C
066	Fabbro solo a terra	C
068	Portabagagli	C
072	Floricoltore	C
076	Geologo occupato anche all'esterno	C
080	Giardiniere vivaista	C
087	Idraulico / installatore igienico sanitario	C
088	Imbianchino (di interni)	C
102	Insegnante educazione fisica e sport non esclusi	C
109	Litografo senza macchine azionate a motore	C
111	Magliaia	C
112	Marmista / pavimentista / piastrellista posatore solo a terra	C
115	Materassaio	C
118	Mediatore di bestiame	C
137	Installatore di elettrodomestici / mobili / radio / tv	C
138	Negozi pane / pasticceria / gelateria / anche produzione propria	C
139	Negozi salumi / rosticceria / macellerie / pescherie	C
144	Ortopedico (fabbricante di apparecchi)	C
151	Riparatore radio - TV	C
155	Tappezziere che non lavora su impalcature o ponti	C
156	Tipografo	C
157	Veterinario	C
168	Ausiliario socio sanitario	C
169	Capomastro	C
171	Cartaio	C
172	Cartotecnico	C
174	Chimico	C
180	Elettrotecnico	C
187	Gommista	C
191	Incisore	C
196	Legatore	C
197	Macchinista ferrovie / tramvie	C
207	Orafo	C
209	Perito agrario / industriale	C
210	Pellettieri - pellicciaio	C

213	Radiotecnico (senza posa antenne)	C
218	Tessitore	C
220	Tintore	C
223	Vinificatore	C
229	Investigatore privato	C
235	Casaro senza allevamento di animali	C
237	Ristoranti / trattorie / pizzerie (con lavoro manuale)	C
240	Commerciante che partecipa al lavoro di magazzino	C
241	Commesso che partecipa al lavoro di magazzino	C
242	Imprenditore con occasionale lavoro manuale	C
249	Rammendatrice / ricamatrice / filatrice	C
250	Arrotino	C
251	Berrettaio - cappellaio	C
253	Bottoni (fabbricante)	C
254	Ceramista in laboratorio / maioliche / porcellane	C
255	Cestaio	C
257	Conciapelli (senza uso di macchine)	C
258	Cordaiolo	C
259	Decoratore (di interni) / mosaicista (solo a terra)	C
260	Fornaio	C
262	Guantaio	C
263	Linotipista	C
265	Riparatore di macchine da scrivere C	C
267	Ombrellaio C	C
268	Ottico (fabbricante e riparatore)	C
269	Pulitore di interni	C
270	Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)	C
271	Terracotta (fabbricante)	C
272	Timbri (fabbricante)	C
273	Tinaio (fabbricante)	C
275	Armaiuolo	C
278	Cardatore di lana e cotone	C
289	Strumenti (fabbricante e riparatore)	C
292	Operaio dipendente con lavoro manuale leggero	C
A76	Archeologo	C
E92	Necroforo addetto alle pompe funebri	C
F92	Pompe funebri con trasporti e addobbi	C
Q23	Distillatore	C
Q42	Armatore e noleggiatore di navi che si reca a bordo	C
Q92	Disinfestatore	C
Q93	Asfaltatore	C
R42	Necroforo addetto sepoltura e manutenzione tombe	C
R92	Personale di bordo senza lavoro manuale	C
006	Agricoltore che lavora manualmente	C
011	Allevatore di equini - bovini - suini lavoro manuale	C
012	Allevatore di altri animali con lavoro manuale	C
015	Antennista (installatore di antenne radio - Tv)	C
022	Autista autocarri / motocarri (con carico / scarico)	C
024	Autorimesse addetto riparazione - manutenzione - lavaggio	C
026	Autotrasportatore anche di veicoli con carico scarico	C

037	Carpentiere in legno o ferro	C
038	Carrozziere di autoveicoli	C
040	Casaro con allevamento di animali	C
042	Cave a giorno (prop. / addetti con lavoro manuale)	C
063	Elettricista (addetto all'alta tensione)	C
067	Fabbro anche su impalcature e ponti	C
069	Facchino merci in genere (carico e scarico)	C
070	Falegname	C
083	Guardiacaccia	C
084	Guardiapesca	C
085	Guardia campestre	C
086	Guardia notturna / giurata	C
089	Imbianchino (di esterni su impalcature)	C
093	Imprenditore edile (con lavoro manuale)	C
094	Imprenditore (con lavoro manuale)	C
100	Insegnante di equitazione	C
108	Idraulico e lattoniere anche su impalcature e ponti	C
113	Marmista anche su impalcature e ponti	C
116	Meccanico (dipendente)	C
120	Mobiliere: fabbricazioni mobili	C
121	Mobiliere: fabbricazione mobili in legno	C
122	Muratore	C
149	Restauratore in genere - escluso mobili	C
150	Restauratore di mobili	C
158	Vetraio (che applica vetri)	C
170	Carbonaio	C
173	Cementiere	C
175	Coltivatore diretto	C
178	Decoratore su impalcature	C
183	Fonditore	C
184	Frantumatore	C
186	Gommaio	C
189	Imballatore	C
194	Laminatore	C
195	Lavoratore forestale	C
198	Macellatore	C
201	Meccanico (montatore / riparatore)	C
205	Operatore ecologico	C
208	Pastore	C
212	Pulitore esterno edifici	C
214	Saldatore	C
221	Tornitore	C
226	Ebanista	C
234	Rupista	C
236	Litografo con macchine azionate a motore	C
238	Tappezziere che lavora anche su impalcature e ponti	C
256	Cinghiaio	C
261	Frigorista	C
264	Lucidatore di mobili	C
276	Ascensori e montacarichi	C

277	Bronzista / Brunitore / Cromatore / Nichelatore / Otton./ Ramier.	C
279	Bottaio	C
280	Conciapelli (con uso di macchine)	C
281	Fuochisti	C
282	Lucidat. marmi / scalpellino / mattonaio / pavimentista strade	C
283	Maniscalco - sellaio	C
284	Modellista in ferro e legno	C
285	Montatore di macchine	C
286	Mosaicista (su impalcature)	C
287	Parafulmini (fabbricante e posatore)	C
288	Specchi (fabbricante)	C
290	Trattorista	C
291	Vulcanizzatore	C
293	Operaio dipendente con lavoro manuale pesante	C
A93	Escavatorista	C
R93	Personale di bordo con lavoro manuale	C

TABELLA N° 3

Tariffa

PACCHETTO BASE

Garanzie	Massimali			
	BASE	EXTRA	TOP	SUPERSTAR
<i>Invalidità permanente per infortuni</i>	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 300.000
<i>Rimborso spese mediche</i>	€ 3.000	€ 6.000	€ 9.000	€ 15.000
	PREMIO	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	125,59	180,37	233,38	337,90
Premio classe B	170,80	245,31	317,39	459,55
Premio classe C	229,82	330,08	427,08	618,36

PACCHETTO ARGENTO

Garanzie	Massimali			
	BASE	EXTRA	TOP	SUPERSTAR
<i>Morte</i>	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000
<i>Invalidità permanente per infortuni</i>	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 300.000
<i>Rimborso spese mediche</i>	€ 3.000	€ 6.000	€ 9.000	€ 15.000
	PREMIO	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	163,56	228,83	308,82	434,82
Premio classe B	222,44	311,21	420,01	591,35
Premio classe C	299,32	418,75	565,15	795,72

PACCHETTO ORO

Garanzie	Massimali			
	BASE	EXTRA	TOP	SUPERSTAR
<i>Invalidità permanente per infortuni</i>	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 300.000
<i>Inabilità temporanea</i>	€ 25	€ 40	€ 50	€ 70
<i>Rimborso spese mediche</i>	€ 3.000	€ 6.000	€ 9.000	€ 15.000
	PREMIO	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	212,32	318,32	406,34	579,28
Premio classe B	288,75	432,91	552,62	787,83
Premio classe C	388,54	582,53	743,60	1060,10

PACCHETTO DIAMANTE

Garanzie	Massimali			
	BASE	EXTRA	TOP	SUPERSTAR
<i>Morte</i>	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000
<i>Invalidità permanente per infortuni</i>	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 300.000
<i>Inabilità temporanea</i>	€ 25	€ 40	€ 50	€ 70
<i>Rimborso spese mediche</i>	€ 3.000	€ 6.000	€ 9.000	€ 15.000
	PREMIO	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	250,27	366,78	481,80	676,20
Premio classe B	340,38	498,81	655,23	919,63
Premio classe C	458,02	671,20	881,67	1237,44

GARANZIE AGGIUNTIVE

Garanzie	Massimali		
	BASE	EXTRA	TOP
Diaria ricovero da infortunio	€ 50	€ 75	€ 100
	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	15,14	22,71	30,28
Premio classe B	20,82	31,22	41,63
Premio classe C	29,33	44,00	58,66

Garanzie	Massimali		
	BASE	EXTRA	TOP
Diaria post ricovero da infortunio	€ 50	€ 75	€ 100
	PREMIO	PREMIO	PREMIO
Premio classe A	10,09	15,14	20,18
Premio classe B	13,88	20,82	27,75
Premio classe C	19,55	29,33	39,11