



Set Informativo

Bene Infortuni

Contratto di Assicurazione per la tutela della persona

Il presente documento contiene:

Documento Informativo Precontrattuale (DIP)

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)

Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario dei Termini

Mod. INF_CGA_2409 Edizione 09/2024

Gruppo Assicurativo Bene

Polizza Infortuni

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: BENE Assicurazioni S.p.A. Società Benefit

Prodotto: "Bene Infortuni"

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, erogando le prestazioni specificate nei documenti precontrattuali e contrattuali, in caso di infortuni e malattie che si manifestano durante il periodo di validità della polizza.



Cosa assicuriamo

CAPITOLO 1 INFORTUNI

Sono previste due garanzie base che a seguito di infortunio con **Invaldità Permanete** riconoscono le seguenti prestazioni:

- ✓ un indennizzo all'Assicurato sotto forma di capitale in proporzione al grado di invalidità conseguito;
- ✓ una rendita fissa mensile all'Assicurato in caso di grave invalidità permanente conseguita;

In abbinamento e in aggiunta alle garanzie base possono essere inserite ulteriori prestazioni a seguito di infortunio:

- ✓ **Morte:** la somma assicurata viene corrisposta ai beneficiari indicati in polizza o agli eredi dell'Assicurato.
- ✓ **Inabilità temporanea:** viene corrisposta all'Assicurato una diaria giornaliera quando si trova nell'incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni abituali.
- ✓ **Ricovero, immobilizzazione e convalescenza:** viene corrisposta una diaria giornaliera per i giorni di ricovero e di convalescenza.
- ✓ **Spese di cura:** vengono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per l'acquisto di medicinali, la degenza presso strutture ospedaliere i trattamenti fisioterapici e altre spese.

oppure a seguito di malattia:

- ✓ **Invaldità permanente e Ricovero:** che, indipendentemente da quando sono insorte, si manifestano durante il periodo di validità della polizza.

CAPITOLO 2 TUTELA LEGALE

Bene offre una consulenza legale telefonica nell'ambito degli eventi garantiti in polizza, alla quale l'assicurato può aggiungere la copertura dei costi per tutela stragiudiziale e giudiziale a seguito di infortunio o malattia per:

- ✓ ottenere il risarcimento di eventuali danni extracontrattuali subiti per fatto illecito di terzi.
- ✓ sostenere vertenze nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure rese necessarie dall'infortunio o dalla Malattia.

CAPITOLO 3 ASSISTENZA

La Società fornisce all'Assicurato in caso di infortunio o di malattia una serie di prestazioni di assistenza quali: consulenza medica telefonica; invio di un medico; monitoraggio ospedaliero; rientro sanitario in istituti di cura in Italia; rimpatrio della salma; invio medicinali; interprete all'estero; anticipo spese mediche.



Cosa non assicuriamo

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

- * Gli infortuni subiti in stato di ubriachezza e quelli causati da abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti od allucinogeni.
- * Gli infortuni causati dalla partecipazione ad azioni temerarie.
- * Gli infortuni occorsi durante la pratica di attività sportive a livello professionale.
- * Gli Infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante se l'assicurato non è abilitato alla guida.
- * Le persone che sono affette da alcolismo o dipendenza da sostanze psicoattive.
- * Le malattie o disabilità mentali e i disturbi psichici in genere.
- * Le malattie professionali di cui al DPR 30/6/65 n. 1124 e le malattie tropicali.

CAPITOLO 2 TUTELA LEGALE

- * I sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato.
- * Gli infortuni occorsi alla guida di un veicolo senza le necessarie abilitazioni o in stato di ebbrezza.



limiti di copertura

- ! L'indennizzo in caso di sinistro per Invaldità Permanente da infortunio e malattia viene determinato sulla base delle franchigie applicate alle varie garanzie in polizza.
- ! Le garanzie a seguito di infortunio non sono prestabili a persone che hanno più di 75 anni e quelle a seguito di malattia più di 65 anni

Per l'elenco completo vedi l'allegato.



Dove vale la copertura?

Le garanzie prestate in polizza sono operative nel mondo intero a condizione che l'Assicurato abbia il domicilio o la residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Per il Capitolo Tutela legale le garanzie valgono per le vertenze in tutti gli Stati d'Europa se riferite a danni extracontrattuali e in Italia negli altri casi.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare (anche per il tramite di specifici questionari che ti verranno sottoposti) e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita parziale o totale da parte dell'Assicurato dei diritti derivanti dalle garanzie prestate in polizza.



Quando e come devo pagare?

Il premio di prima rata deve essere pagato all'atto di stipulazione della polizza mentre il pagamento delle successive rate deve essere effettuato entro le ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza di rata.

Puoi pagare il premio, ferme le regole contrattuali, tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente.

Il premio è comprensivo di imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura inizia dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della polizza oppure alla data del pagamento del premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza. In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un altro anno e così di volta in volta.



Come posso disdire la polizza?

Se il contratto ha una durata uguale o superiore ad un anno è possibile inviare disdetta almeno trenta giorni prima della scadenza della polizza o della scadenza di eventuali rinnovi. È Facoltà del Contraente decidere di stipulare senza automatico rinnovo alla scadenza annuale.

Se il contratto ha una durata inferiore ad un anno, la validità della polizza si intende cessata alla sua naturale scadenza.

Assicurazione Infortuni



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

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit

Prodotto "Bene Infortuni"

Data di realizzazione: 01/12/2025

Il presente documento 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Informazioni sulla Società e sulla sua situazione patrimoniale

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano; tel. 02.892.973; sito internet: www.bene.it; e-mail: info@bene.it; PEC: beneassicurazioni@legalmail.it; impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016; numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180

Società appartenente al Gruppo assicurativo Bene; numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054.

Il patrimonio netto, rilevabile dall'ultimo bilancio d'esercizio approvato, ammonta a 60,4 milioni di euro, di cui 25,2 milioni di euro relativi al capitale sociale e 35,2 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 21,9 milioni di euro, mentre il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 9,8 milioni di euro. I Fondi Propri ammissibili alla loro copertura sono, rispettivamente, pari a 46,4 milioni di euro e a 43,1 milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è, quindi, pari a 212,3%.

Informazioni di dettaglio sono reperibili all'interno della Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR) disponibile sul sito internet della Compagnia www.bene.it/solvency.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Capitolo 1 Infortuni

L'assicurazione è valida entro i limiti delle somme assicurate, massimali e diarie indicate in Polizza

OPZIONI CON SCONTO SUL PREMIO

Esclusione dell'indennità per la Convalescenza

L'indennità per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery non viene corrisposta. È prevista una riduzione del premio della garanzia Indennità per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza.

Mod. INFO_DIPA_2409

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**Sport esposti**

Le garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso spese di cura, se prestate in polizza, si possono estendere, dietro pagamento di un premio aggiuntivo, agli infortuni che derivino da:

- immersioni con autorespiratori;
- scalate;
- arti marziali, sollevamento pesi e rafting;
- rugby, bob, hockey, kayak e sci alpinismo.

Capitolo 2 Tutela legale

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Capitolo 3 Assistenza

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**Che cosa NON è assicurato?****Rischi esclusi (in aggiunta a quanto previsto sul DIP)**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, da malattia cronica che influisce sull'apparato motorio, da incapacità di svolgere (anche parzialmente) gli atti della vita quotidiana (farsi il bagno, doccia, vestirsi/svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare), non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della Polizza, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo di Bene di corrispondere l'eventuale Indennizzo.

**Esclusioni
comuni a tutte le
Garanzie**

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni derivanti da:

- malaria, malattie tropicali e di quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, conseguenze punture di zecca ad eccezione che non siano presenti la garanzia Invalidità Permanente da Malattia e l'Indennità Giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e convalescenza;
- rischio volo nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno;
- dalla guida di natanti a motore per uso non privato, dalla guida e/o uso di mezzi subacquei, dalla guida e/o uso, anche come passeggero, di aeromobili diversi da trasporto pubblico, aeromobili di aeroclub, volo da diporto o sportivi, ultraleggeri o deltaplani; guida sotto l'effetto di farmaci psicotropi (salvo assunzione terapeutica)
- partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi o da lui commessi;
- da guerra, insurrezioni, operazioni e interventi militari, movimenti tellurici, maremoti, eruzioni, inondazioni; da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- attività sportive di carattere eccezionale; sport con uso di veicoli o natanti a motore o sport aerei in genere; alpinismo, arrampicata, arti marziali, atletica pesante, biathlon e gli altri sport indicati all'Art. 27 punto 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione

**Capitolo 1
Infortuni**

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infarti
- le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, chimiche o biologiche.
- gli Infortuni subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato;
- gli Infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assicurato.

Sono inoltre escluse le ernie non traumatiche.

Sono escluse le Invalidità Permanente da Malattia e Ricoveri, Day surgery, Day Hospital da malattia, provocate o derivanti direttamente, indirettamente da o relativi a:

- Malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, nevrosi, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
 - sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;
 - Ubriachezza, uso e Abuso di psicofarmaci e Farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
 - conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
 - Malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);
 - guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
- Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia sono escluse:
- le Invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni e condizioni fisiche patologiche preesistenti
 - stati invalidanti, Malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione della Polizza e sottaciuti con dolo o colpa grave;
 - malattie tropicali;
 - trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche
- Limitatamente alla garanzia Ricoveri, Day surgery, Day Hospital da Malattia sono escluse:
- conseguenze dirette di Malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del Contratto, sottaciuti a Bene con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della Polizza;
 - eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
 - eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
 - interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
 - ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
 - prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
 - cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
 - degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
 - terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
 - manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
 - prestazioni aventi finalità estetiche;
 - Ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

Capitolo 2 Tutela Legale	La garanzia non opera per: • i danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo; • il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. • Inoltre, se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa: 1. se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa; 2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della normativa vigente; 3. se l'Assicurato: ▪ a. è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186, 186 bis e 187 del Codice della Strada; ▪ b. è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Codice della Strada).
Capitolo 3 Assistenza	Sono esclusi: • i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile; • i sinistri provocati da suicidio o tentato suicidio dell'Assicurato, • gli infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti; • malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio; • malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; • i sinistri in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto; • le altre esclusioni specificatamente elencate all'Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione



Ci sono limiti di copertura?

! I diritti derivanti da tutte le garanzie prestate in polizza decadono qualora i sinistri siano causati da:

- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- guerra, scioperi, rivoluzioni, movimenti popolari, terremoti, atti di terrorismo, trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche

! La garanzia Inabilità temporanea non è operante per gli infortuni causati dalla pratica, anche a livello ricreativo, delle seguenti attività sportive:

- a) calcio, calcetto; b) ciclismo; c) equitazione; d) ginnastica (artistica e trampolino); e) pallacanestro; f) pallavolo, beach-volley; g) sci alpino (slalom); h) sci alpino (discesa);

! Per gli Infortuni verificatisi in occasione di competizioni (comprese le relative prove e allenamenti) connesse agli sport di cui alle precedenti lettere b (ciclismo), c (equitazione), h (sci alpino – discesa), l'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente o di morte viene liquidato in misura pari alla metà di quello che sarebbe ordinariamente dovuto a termini di Polizza.

! Il massimo esborso nel caso di un unico evento che provochi l'Infortunio di più persone assicurate con la Società, l'esborso massimo complessivo a carico di quest'ultima non può comunque superare l'importo di 3.000.000 euro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Infortuni è rivolto a chi desidera tutelarsi contro i danni derivanti da infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: 24% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata a: Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit, Servizio Reclami, Via Valtorta 48, 20127 Milano • tramite mail all'indirizzo: reclami@bene.it La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è: Ufficio Gestione Reclami. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di un Intermediario, suoi collaboratori e dipendenti.
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:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro (relativamente all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia) e sul grado di Invalidità Permanente (relativamente alle Assicurazioni Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia), nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

La tassazione fiscale delle prestazioni assicurative è quella prevista dalla normativa in vigore, e in particolare sono applicate le seguenti aliquote fiscali:

- 2,50% per le garanzie del Capitolo 1 Infortuni;
- 21,25% per le garanzie del Capitolo 2 Tutela Legale;
- 10,00% per le garanzie del Capitolo 3 Assistenza.

La detrazione fiscale dei premi è quella prevista dalla normativa in vigore, ed indicata nell'apposita documentazione allegata ad ogni quietanza di pagamento.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto

dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.

Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: www.bene.it

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico

Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione all'indirizzo PEC beneasssicurazioni@legalmail.it o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.

Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

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.



Bene Infortuni

Contratto di Assicurazione per la tutela della persona

Condizioni di Assicurazione comprehensive di Glossario dei termini

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione comprehensive di Glossario devono essere consegnate al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP e il DIP Aggiuntivo. Redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici e Chiari".

Mod. INF_CGA_2409 Edizione 09/2024

Gruppo Assicurativo Bene

RIFERIMENTI UTILI

(numeri e indirizzi per ogni esigenza)

AREA SELF CLIENTI

Per consultare la sua situazione assicurativa aggiornata acceda, direttamente dall'home page www.bene.it, all'area clienti a lei riservata.

INTERMEDIARIO

Per ogni necessità di supporto per le coperture assicurative in essere o per valutare nuove soluzioni per le sue esigenze assicurative, si rivolga al suo intermediario di fiducia.

Trova tutti i riferimenti nel contratto di polizza.

ASSISTENZA CLIENTI

Numero verde **+39 02 81480070**
Mail **clienti@bene.it**

ASSISTENZA OPERATIVA DI ASSISTENZA – IMA (se compresa in polizza)

Numero verde **800 327605-** (Dall'estero **+39 02 24128391**)
Orari **H24**
Posta ordinaria **IMA Servizi S.c.a.r.l. – Piazza I. Montanelli 20, 20099 Sesto San Giovanni (MI)**

TUTELA LEGALE – DAS (se compresa in polizza)

Telefono **+39 02 81480068**
Orari **Lun-Ven: dalle 8 alle 18**
Mail **sinistri@das.it**
Posta Ordinaria **D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B – 37135 Verona**

SERVIZIO SINISTRI (per denunce e informazioni)

Telefono **+39 02 83554147**
Orari **Lun-Ven: dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18**
Mail **sinistri@bene.it**
Posta Ordinaria **Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit – Ufficio Sinistri Via dei Valtorta 48, 20127 Milano**

SERVIZIO RECLAMI

Mail **reclami@bene.it**
Posta Ordinaria **Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit – Servizio Reclami Via dei Valtorta 48, 20127 Milano**

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 a: IVASS (Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni) Via del Quirinale, 21 00187 Roma – Tel.: 06 421331 – Fax: 06 42133 745 – 06 42133 3

GLOSSARIO	1 di 6
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	1 di 73
NORME COMUNI A TUTTI I CAPITOLI DI POLIZZA	1 di 73
Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del Rischio.....	1 di 73
Art. 2 – Decorrenza della garanzia.....	1 di 73
Art. 3 – Pagamento del Premio.....	2 di 73
Art. 4 – Altre assicurazioni.....	2 di 73
Art. 5 – Forma delle comunicazioni.....	3 di 73
Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione	3 di 73
Art. 7 – Aggravamento o diminuzione del Rischio	3 di 73
Art. 8 – Recesso in caso di Sinistro.....	3 di 73
Art. 9 – Durata e Proroga dell'Assicurazione/Termini di disdetta	4 di 73
Art. 10 – Contratti a distanza – diritto di recesso	4 di 73
Art. 11 – Oneri fiscali	5 di 73
Art. 12 – Foro competente.....	5 di 73
Art. 13 – Rinvio alle norme di legge	5 di 73
Art. 14 – Onere della prova.....	5 di 73
Art. 15 – Assicurazione per conto altrui	5 di 73
Art. 16 – Surrogazione	5 di 73
Art. 17 – Aggiornamento annuale del premio all'età degli Assicurati	5 di 73
Art. 18 – Stato di salute e relative dichiarazioni.....	7 di 73
Art. 19 – Indicizzazione.....	7 di 73
Art. 20 – Mediazione obbligatoria.....	8 di 73
Art. 21 – Variazione delle persone assicurate	8 di 73
Art. 22 – Variazione nella persona del Contraente.....	8 di 73
Art. 23 – Responsabilità del Contraente (valido per il Capitolo 1 Infortuni)	9 di 73
CHI ASSICURIAMO E DOVE	9 di 73
Art. 24 – Limiti di età	9 di 73
Art. 25 – Persone non assicurabili.....	9 di 73
Art. 26 – Validità territoriale dell'assicurazione	10 di 73
ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	10 di 73
Art. 27 – Infortuni derivanti da	10 di 73
CAPITOLO 1 – INFORTUNI.....	13 di 73
COSA ASSICURIAMO	13 di 73

Art. 1.1 – Invalidità Permanente.....	13 di 73
Art. 1.2 – Rendita da Infortunio.....	13 di 73
Art. 1.3 – Infortuni causati da calamità naturali.....	14 di 73
Art. 1.4 – Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive.....	14 di 73
Art. 1.5 – Massimo esborso.....	15 di 73
Art. 1.6 – Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico.....	15 di 73
Art. 1.7 – Rotture sottocutanee dei tendini	15 di 73
Art. 1.8 – Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave	15 di 73
Art. 1.9 – Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave	16 di 73
Art. 1.10 – Indennità aggiuntiva danno alla vita di relazione	16 di 73
Art. 1.11 – Fondo istruzione.....	16 di 73
Art. 1.12 – Perdita anno scolastico	16 di 73
Art. 1.13 – Tutela dei minori	16 di 73
Art. 1.14 – Infortuni subiti a seguito di rapina, estorsione o sequestro	16 di 73
ESTENSIONI DI GARANZIA	17 di 73
Art. 1.15 – Morte	17 di 73
Art. 1.16 – Indennità giornaliera per inabilità temporanea	18 di 73
Art. 1.17 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza	18 di 73
Art. 1.18 – Indennità giornaliera per immobilizzazione e Convalescenza	19 di 73
Art. 1.19 – Rimborso spese di cura.....	20 di 73
Art. 1.20 – Sovrarischi sportivi – Immersioni con autorespiratori.....	20 di 73
Art. 1.21 – Sovrarischi sportivi – scalate.....	21 di 73
Art. 1.22 – Sovrarischi sportivi – arti marziali, sollevamento pesi e rafting.....	21 di 73
Art. 1.23 – Sovrarischi sportivi – rugby, bob, hockey, kayak e sci alpinismo.....	21 di 73
Art. 1.24 – Invalidità permanente da malattia.....	22 di 73
Art. 1.25 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza da Malattia.....	22 di 73
Art. 1.26 – Contagio da H.I.V.....	22 di 73
Art. 1.27 – Accompagnatore.....	23 di 73
COSA NON ASSICURIAMO	23 di 73
Art. 1.28 – Rischi esclusi.....	23 di 73
COME ASSICURIAMO	24 di 73
Art. 1.29 – Forma Completa (h 24).....	24 di 73
Art. 1.30 – Assicurazione valida per gli Infortuni extra professionali	24 di 73
Art. 1.31 – Assicurazione valida per gli Infortuni professionali	25 di 73
Art. 1.32 – Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicoli non identificati)	25 di 73
Art. 1.33 – Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicolo identificato)	25 di 73

Art. 1.34 – Assicurazione obbligatoria degli Infortuni dei collaboratori, dipendenti e praticanti di avvocati (art. 12 comma 2 della L. 247/2012)	26 di 73
Art. 1.35 – Assicurazione “persone chiave” (pagamento dell’indennità al Contraente)	26 di 73
TABELLA DELLE ATTIVITÀ	27 di 73
LIMITI DI COPERTURA.....	35 di 73
CAPITOLO 2 – TUTELA LEGALE.....	44 di 73
COSA ASSICURIAMO	44 di 73
Art. 2.1 – Consulenza legale telefonica	44 di 73
ESTENSIONI DI GARANZIA	44 di 73
Art. 2.2 – Prestazioni	44 di 73
COSA NON ASSICURIAMO	45 di 73
Art. 2.3 – Esclusioni.....	45 di 73
COME ASSICURIAMO	46 di 73
Art. 2.4 – Operatività della garanzia	46 di 73
Art. 2.5 – Forma nucleo familiare.....	46 di 73
LIMITI DI COPERTURA.....	46 di 73
Art. 2.6 –Massimale	46 di 73
CAPITOLO 3 – ASSISTENZA	47 di 73
COSA ASSICURIAMO	47 di 73
Art. 3.1 – Prestazioni	47 di 73
COSA NON ASSICURIAMO	53 di 73
Art. 3.2 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni	53 di 73
LIMITI DI COPERTURA.....	54 di 73
CAPITOLO 4 – NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	56 di 73
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	56 di 73
Art. 4.1 – Denuncia del sinistro.....	56 di 73
Art. 4.2 – Obblighi dell’Assicurato e/o del Contraente.....	57 di 73
IN CASO DI SINISTRO DEL CAPITOLO INFORTUNI.....	61 di 73
Art. 4.3 – Diritto all’Indennizzo	61 di 73
Art. 4.4 – Assicurazione presso diversi assicuratori.....	61 di 73
Art. 4.5 – Controversie – Arbitrato irrituale.....	62 di 73
Art. 4.6 – Criteri di Indennizzabilità	62 di 73
Art. 4.7 – Determinazione dell’Indennizzo per invalidità permanente da infortunio	63 di 73
Art. 4.8 – Liquidazione dell’indennizzo sotto forma di rendita.....	68 di 73
Art. 4.9 – Modalità di pagamento della Rendita da Infortunio (Garanzia di cui all’Art. 1.2)	69 di 73

Art. 4.10 – Attività diverse da quelle dichiarate	69 di 73
Art. 4.11 – Categoria veicolo diversa da quella dichiarata	70 di 73
Art. 4.12 – Anticipo Indennizzi.....	71 di 73
IN CASO DI SINISTRO DEL CAPITOLO TUTELA LEGALE.....	72 di 73
Art. 4.13 – Gestione del sinistro.....	72 di 73
Art. 4.14 – Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo – Arbitrato	73 di 73
Art. 4.15 – Recupero di somme.....	73 di 73
IN CASO DI SINISTRO DI ASSISTENZA.....	73 di 73
Art. 4.16 – Gestione del sinistro.....	73 di 73
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI.....	1 di 6

Ai seguenti termini Bene Assicurazioni e il Contraente attribuiscono convenzionalmente il seguente significato:

DEFINIZIONI VALIDE PER TUTTI I CAPITOLI

A

Abuso di psicofarmaci: l'assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o dosi maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Assicurato: la persona fisica residente e/o domiciliata in Italia – se straniero, munito di regolare permesso di soggiorno in Italia – il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Attività Outdoor: le attività a carattere ricreativo e le pratiche sportive effettuate in ambiente naturale, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: Trekking, Escursionismo, Escursionismo con uso di Ciaspole, Alpinismo, Arrampicata, Nordic Walking, Sci, Snowboard, Sci Alpinismo, Freeride Ski, Mountain bike, Running, Vela, Canoa/Kayak, Rafting, Passeggiate naturalistiche anche con animali, Orienteering.

B

Bene: l'Impresa di Assicurazione Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit con sede in Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI) Sito internet: <http://www.bene.it>.

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questo designate, ai quali la Bene deve corrispondere la Somma Assicurata per il caso di morte.

C

Circolazione: il movimento del veicolo, compresa la sosta e la fermata dello stesso.

Contraente: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione e che paga il Premio.

Convalescenza: il periodo di tempo successivo al Ricovero, Day hospital, Day surgery, immobilizzazione, prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

D

Day hospital: la degenza in Istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Day surgery: la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica.

E

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro.

F

Farmaco psicotropo: il farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.

Franchigia/Scoperto: la parte di danno, espressa in misura fissa o percentuale, che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato. La franchigia/scoperto può essere espressa anche in termini di ore o giorni. In tale caso la garanzia in questione è operante dallo scadere del termine fissato.

Frattura: l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.

G

Guerra: guerra, dichiarata o non dichiarata, o attività belliche, incluso l'impiego di forza militare da parte di qualsiasi Stato sovrano per fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o di altro tipo.

I

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, a seguito di Infortunio, della capacità dell'Assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in Polizza.

Indennizzo/Risarcimento: la somma dovuta da Bene in caso di Sinistro.

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

Insorgenza: il momento in cui ha inizio la Malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.

Intermediario: il soggetto che esercita regolarmente l'attività di cui all'art. 106 del Codice delle Assicurazioni.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico altresì la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.

Istat: Istituto Nazionale di Statistica.

Istituto di cura: l'ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

M

Malattia: qualsiasi alterazione dello stato di salute diversa da un infortunio, clinicamente ed obiettivamente constatata durante la vigenza del contratto da un'autorità medica abilitata.

Malattia/Invalidità coesistenti: le Malattie o Invalidità presenti nel soggetto che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla Invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattia/Invalidità concorrenti: le Malattie o Invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla Invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Malattia preesistente: malattia che sia espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o che si sono manifestate prima della stipula del contratto.

Manifestazione: il momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.

Massimale/Somma assicurata: massima esposizione di Bene per Sinistro e per anno assicurativo.

Mezzi di contenzione: gli apparecchi ortopedici, su prescrizione medica, costituiti da fasce gessate o altri mezzi rigidi comunque immobilizzanti, applicati in Istituti di cura o comunque da medici, atti a favorire il processo di guarigione di fratture ossee, lesioni e/o distorsioni capsulo legamentose causate da Infortunio.

P

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, compresa la Scheda di Polizza.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente a Bene come corrispettivo dell'Assicurazione.

Q

Questionario sanitario: il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della Polizza. Deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, sottoscritto dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso a Bene, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte di Bene.

R

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro.

Rottura sottocutanea dei tendini: la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo.

S

Sci acrobatico: l'attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.

Sci estremo: lo sci eseguito non in piste tracciate e segnalate, in terreni pericolosi o con passaggi impervi, e tutte le attività eseguite fuori pista.

Sforzo: l'atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.

Sinistro: il singolo fatto/avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'Assicurazione e che determina la richiesta di Assistenza o di garanzia, l'indennizzo del danno subito e che rientra nei termini dell'Assicurazione.

Sport professionistico: attività svolta in maniera continuativa nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti e che costituisca fonte principale di reddito per l'assicurato.

T

Termine di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

U

Ubriachezza: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

DEFINIZIONI VALIDE PER IL SOLO CAPITOLO 2 – TUTELA LEGALE

A

Arbitrato: è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.

Assistenza nella fase stragiudiziale: l'attività che viene svolta tentando una composizione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso all'Autorità Giudiziaria. Comprende procedure quali la mediazione civile, la negoziazione assistita, l'arbitrato, la conciliazione paritetica.

D

Danno extracontrattuale: il danno ingiusto derivante da un fatto doloso o colposo ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile.

F

Fatto illecito: qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, fuori dalle ipotesi di inadempimento contrattuale. L'illecito è quindi civile se consiste nella violazione della legge civile, penale se in violazione di norme penali, amministrativo se contrario alle norme stabilite per il funzionamento della Pubblica Amministrazione.

I

Insorgenza (del Sinistro): il momento nel quale inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di contratto. Ai fini della validità delle garanzie contenute nel Capitolo 2 Tutela Legale, questo momento deve essere successivo a quello di perfezionamento della polizza e, se il comportamento contestato è continuativo, si prende in considerazione la prima violazione. Più semplicemente, l'insorgenza non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica la violazione che determina la controversia o il procedimento stesso.

S

Spese di soccombenza: sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.

T

Transazione: il contratto di cui all'art. 1965 del Codice Civile col quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine a una lite già incominciata o prevengono una lite che può sorgere tra loro.

V

Vertenza di natura contrattuale: controversia insorta a seguito del mancato rispetto, da una delle parti, di un obbligo derivante da accordi, patti o contratti.

DEFINIZIONI VALIDE PER IL SOLO CAPITOLO 3 – ASSISTENZA

P

Prestazione: l'Assistenza da erogarsi in natura ovvero l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, per il tramite della Centrale Operativa di Assistenza.

S

Struttura Organizzativa: La struttura IMA Servizi S.c.a r.l. costituita da medici, tecnici e operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza.

V

Veicolo: ai fini del servizio di cui all'Art. 3.1 punto 28) si intendono:

- **Bicicletta:** il velocipede con due ruote, funzionante a propulsione esclusivamente muscolare, per mezzo di pedali o di analoghi dispositivi, azionati dalla persona che si trova sul veicolo e le biciclette a pedalata assistita (pedelec o comunemente denominata e-bike) dotati di un motore ausiliario elettrico avente potenza nominale continua massima di 0,25 KW la cui alimentazione è progressivamente ridotta ed infine interrotta quando il veicolo raggiunge i 25 km/h o prima se il ciclista smette di pedalare. Ai fini della presente polizza non rientrano nella definizione i risciò, i tandem.
- **Monopattino:** veicolo a propulsione muscolare, oppure dotati di motore elettrico di potenza nominale continua massima di 0,5 Kw, destinati al trasporto di un solo conducente.

NORME COMUNI A TUTTI I CAPITOLI DI POLIZZA

Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del Rischio

L'Assicurato e il Contraente devono fornire a Bene, prima della stipula del Contratto, le informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del Rischio. In caso contrario, il Contratto può essere annullato e l'Assicurato può perdere il diritto all'indennizzo ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

A esempio:

se l'Assicurato alla stipula della polizza comunica di non essere affetto da una malattia cronica con lo scopo di stipulare comunque la polizza, che altrimenti non avrebbe potuto stipulare, in caso di sinistro l'Assicurato perde totalmente il diritto al pagamento della somma dovuta o perde l'operatività di qualsiasi garanzia di Polizza, oltre alla cessazione dell'Assicurazione.

Art. 2 – Decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza se il Premio, o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento effettivo. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Ferme le successive scadenze ed il diritto di Bene di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In caso di frazionamento mensile del premio (che è soggetto a preventivo benestare di Bene) è operante anche quanto previsto all'Art. 3 (Pagamento del premio).

Per le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Indennità Giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza da Malattia l'Assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

A. Invalidità Permanente da Malattia:

- del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo;

B. Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza da Malattia:

- del 365° giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per il parto naturale, il parto cesareo, l'aborto non volontario, le Malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per Malattie preesistenti che siano l'espressione o la conseguenza di

stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data, nonché per le conseguenze di stati patologici noti, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati a Bene all'atto stesso della compilazione del Questionario sanitario ed accettati senza esplicita limitazione del Rischio da parte di Bene;

- del 30° giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per tutte le altre Malattie.

Qualora la presente Assicurazione sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza in corso riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della presente Assicurazione per le maggiori somme o diverse prestazioni da essa previste.

Quanto stabilito al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente Assicurazione.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio successive alla prima entro 90 giorni dalle loro rispettive scadenze, fermo quanto previsto dall'Art. 3 (Pagamento del premio) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i Termini di aspettativa sopra previsti decorrono nuovamente dal giorno di effettivo pagamento.

Art. 3 – Pagamento del Premio

Il Premio o la prima rata di Premio deve essere pagato all'atto della stipula della Polizza; il pagamento delle rate successive alla prima deve essere eseguito entro le scadenze fissate, secondo le vigenti disposizioni normative e contrattuali. In caso di frazionamento mensile del premio, qualora il pagamento dei premi delle rate successive alla prima non sia stato effettuato nei termini previsti, al momento del pagamento dei premi scaduti dovranno essere pagate anche le rate di premio non ancora scadute, sino a completamento dell'annualità.

Art. 4 – Altre assicurazioni

Ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile, l'Assicurato o il Contraente deve comunicare a Bene l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque sottoscritte, per il medesimo Rischio.

È previsto l'esonero dalla predetta comunicazione relativamente:

- alle altre assicurazioni stipulate dal datore di lavoro, se diverso dal Contraente, in adempimento a contratti collettivi nazionali od integrativi aziendali;
- alle altre assicurazioni operanti in base alla titolarità di carte di credito, di conti correnti bancari, di mutui o finanziamenti, o derivanti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

Non è in ogni caso consentita la stipula di più polizze di Bene a garanzia del medesimo rischio, al fine di elevare le somme o massimali assicurati.

Art. 5 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti nel corso della Polizza, devono essere fatte con lettera raccomandata o tramite P.E.C. (all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it) alla Direzione di Bene oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.

Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere richieste con una comunicazione scritta - da effettuarsi anche per il tramite dell'Intermediario - e risultare da un apposito documento firmato dal Contraente e da Bene.

Art. 7 – Aggravamento o diminuzione del Rischio

L'Assicurato o il Contraente devono dare immediata comunicazione scritta a Bene di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del Rischio e che possano comportare l'aggravamento o diminuzione del Rischio stesso.

In caso di mancata comunicazione di tali variazioni, se comportano:

- aggravamento di Rischio: il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile e la polizza può cessare di ogni effetto;
- diminuzione del Rischio: In caso di accertata diminuzione del Rischio, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, Bene è tenuta a ridurre proporzionalmente il Premio o le rate di Premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

A esempio:

- *se l'Assicurato successivamente alla stipula della polizza, manifesta o gli viene diagnosticato il morbo di Parkinson, è tenuto a comunicarlo immediatamente a Bene; qualora non lo comunichi, in caso di sinistro l'Assicurato perde totalmente il diritto al pagamento della somma dovuta.*

Art. 8 – Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente - qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 3 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 206/2005 (c.d. Codice del Consumo) - e Bene hanno la facoltà di recedere dal Contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata a.r. od anche mediante P.E.C. (all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it). In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. Ricevuta la comunicazione, Bene mette a disposizione del Contraente, entro 30 giorni, la parte di Premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto. L'eventuale incasso dei Premi avvenuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro non può mai essere inteso come rinuncia alla facoltà di recesso.

Qualora la Polizza sia di durata poliennale e preveda l'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia e/o l'Indennità giornaliera per ricovero da Malattia, Bene rinuncia alla facoltà di esercitare il recesso per Sinistro.

Art. 9 – Durata e Proroga dell'Assicurazione/Termini di disdetta

L'Assicurazione ha durata di 1 anno salvo quanto successivamente specificato. Pertanto, ove la legge o il Contratto facciano riferimento al "periodo di Assicurazione" esso deve intendersi coincidente ad un'annualità. In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un altro anno e così – di volta in volta – per gli anni successivi al secondo. Se la Polizza è stata stipulata per un periodo inferiore ad un anno o è stata prevista la non rinnovabilità, la stessa cessa alla scadenza prevista in Polizza senza alcun obbligo di disdetta; se invece è stata stipulata per una durata superiore all'anno, ma inferiore a 5 anni, le Parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale.

Qualora richiamata la forma di assicurazione di cui all'Art. 1.33 Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicolo identificato), il contratto cesserà alla sua naturale scadenza senza alcun obbligo di disdetta.

Qualora la Polizza sia stata stipulata, ai sensi dell'art. 1899 secondo comma del Codice Civile, con durata quinquennale senza possibilità di recesso, a fronte di una riduzione del Premio annuale pari al 5%, alla scadenza dei 5 anni il Contraente potrà disdettare il contratto inviando una comunicazione con preavviso di 30 giorni. In mancanza di disdetta il contratto si intenderà prorogato per un'ulteriore annualità e così, successivamente, di anno in anno, fermo restando il diritto di disdetta del Contraente con preavviso di 30 giorni dalla data di scadenza di ogni singola annualità. In ogni caso, se nella Polizza è indicato "NO" alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'Assicurazione si intende cessata alle ore 24:00 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 10 – Contratti a distanza – diritto di recesso

Il Contraente, a norma dell'articolo 67 duodecies del D. Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni, qualora il Contratto sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere entro 14 giorni successivi alla data di conclusione, senza dover indicare il motivo.

Per esercitare tale diritto, il Contraente deve rivestire la qualifica di "Consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 *ter* comma 1 lett. d) ed articolo 3 comma 1 lettera a) del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni.

Per recedere occorre inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 giorni, una dichiarazione espressa a mezzo lettera raccomandata a.r. all'indirizzo di Bene, od anche mediante P.E.C. (all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it), con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di Sinistri.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico.

Ai sensi dell'art. 67 *terdecies* comma 1 del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo), resta comunque a Bene la frazione di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.

Il diritto di recesso non produce effetto qualora sia già avvenuto un Sinistro prima della ricezione da parte di Bene della relativa comunicazione o alla data stessa della ricezione. In tali casi, Bene si riserva di tutelare i propri diritti nei confronti del Contraente.

Art. 11 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 – Foro competente

Il Foro competente è quello determinabile ai sensi e per l'effetto delle norme in materia previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di diritto italiano applicabili al Contratto.

Art. 14 – Onere della prova

L'Assicurato è esonerato dal provare che il Sinistro non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dall'Assicurazione.

Art. 15 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal Contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 16 – Surrogazione

Bene rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio, fatta eccezione per il caso di rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato stesso in base al disposto degli Artt.:

- 1.8 (Rimborso spese di adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave);
- 1.9 (Rimborso spese di adeguamento autovetture per Invalidità Permanente grave);
- 1.19 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se operanti.

Art. 17 – Aggiornamento annuale del premio all'età degli Assicurati

Per le sole estensioni di garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" e "Indennità Giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital da Malattia", alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, il Premio imponibile annuo in corso è rideterminato automaticamente in base ai coefficienti di variazione annuale riferiti all'età di ogni Assicurato a tale data, rispetto a quello dell'anno che precede.

Tali coefficienti di variazione (in %) sono riportati, riferiti all'età, nelle Tabelle 1 e 2 e tale aggiornamento annuale è effettuato al fine di adeguare il Premio all'evolvere del Rischio nel tempo.

Sull'importo così ottenuto viene applicata l'indicizzazione prevista dall'Art. 19 (Indicizzazione) delle presenti Condizioni ed infine ripartito il Premio per l'eventuale frazionamento ed applicate le imposte di legge.

Tabella 1 – Invalidità Permanente da Malattia

Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)
1	np	14	1,1229	27	1,4148	40	2,7301	53	4,9425
2	1,4270	15	0,9683	28	1,2890	41	2,7701	54	5,1807
3	0,9080	16	1,1702	29	1,4971	42	2,8106	55	5,4444
4	0,8998	17	1,1566	30	1,6889	43	3,0531	56	5,7598
5	0,8918	18	1,1434	31	1,6681	44	3,0822	57	5,9018
6	1,0005	19	1,3855	32	1,7192	45	3,0533	58	6,2079
7	0,8752	20	1,1234	33	1,7883	46	3,3825	59	6,4995
8	1,0297	21	1,3431	34	1,8534	47	3,5341	60	6,6296
9	1,0192	22	1,2107	35	1,9820	48	3,7864	61	6,8960
10	0,9995	23	1,4872	36	2,0297	49	3,8233	62	7,1047
11	0,9989	24	1,1787	37	2,2624	50	4,0996	63	7,3438
12	0,9890	25	1,0784	38	1,9580	51	4,1129	64	7,5743
13	0,9431	26	1,2772	39	2,5440	52	4,3598	65	7,8411

Tabella 2 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital da Malattia e Convalescenza

Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)	Età ass.to a scadenza annuale	Coefficiente (in %)
1	np	16	1,5285	31	1,2602	46	1,8152	61	2,0883
2	1,3446	17	1,6470	32	1,2502	47	1,7413	62	2,0913
3	1,2535	18	5,1250	33	1,2123	48	1,7614	63	2,1001
4	1,3194	19	1,9389	34	1,2533	49	1,7800	64	2,1244
5	1,2308	20	1,8199	35	1,0680	50	1,8146	65	2,1165
6	1,2687	21	1,8747	36	0,9591	51	1,7909	66	1,7654
7	1,2789	22	1,8337	37	0,9822	52	1,7932	67	1,9509

8	1,6322	23	1,6905	38	0,9993	53	1,8198	68	2,1909
9	1,8257	24	1,6115	39	1,5156	54	1,6975	69	2,2476
10	1,7515	25	1,6799	40	1,5811	55	2,0182	70	2,0282
11	1,2726	26	1,7323	41	1,6535	56	1,8052	71	2,2072
12	1,4903	27	1,6907	42	1,6416	57	1,8041	72	2,1995
13	1,4128	28	1,1561	43	1,6793	58	1,7987	73	2,2110
14	1,9097	29	1,1959	44	1,6565	59	1,7856	74	2,2179
15	1,4976	30	1,1643	45	1,6151	60	2,0656	75	2,2207

Art. 18 – Stato di salute e relative dichiarazioni

L'Assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni, fondamentali per la valutazione ed accettazione del Rischio da parte di Bene, la cui veridicità è alla base della validità della Polizza, fornite dall'Assicurato sul Questionario sanitario, laddove prevista la sua compilazione, e che forma parte integrante della Polizza. Pertanto, in caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato al momento della stipulazione della Polizza vale quanto disposto dall'Art. 1 (Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 19 – Indicizzazione

(da ritenersi operativo se contrassegnata la relativa casella sul frontespizio di polizza)

Le Somme assicurate, i Massimali, i Premi ed i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'“Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute” pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento del Contratto per indicizzazione avviene con le seguenti modalità:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'Indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente a quello della sua data di decorrenza (Indice di riferimento iniziale);
- se tra l'Indice del mese di giugno dell'anno precedente la scadenza di una rata annuale e l'Indice di riferimento iniziale si è verificata una variazione, le Somme assicurate, i Massimali, i Premi ed i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta vengono aumentati o ridotti in uguale misura a partire dalla scadenza stessa.

Nel caso di eventuale ritardo della pubblicazione dell'Indice, Bene effettuerà l'adeguamento sulla base dell'ultimo Indice disponibile su base annuale; nel momento in cui l'ISTAT riprenderà la regolare pubblicazione dell'indice, i successivi adeguamenti del Contratto avverranno secondo le modalità previste ai punti a) e b).

Qualora, per effetto della presente clausola, nel tempo le Somme assicurate, i Massimali, i Limiti di Indennizzo ed il Premio risultassero aumentati del 50% rispetto a quelli iniziali, è facoltà del Contraente rinunciare all'indicizzazione mediante comunicazione raccomandata da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso la clausola cessa di validità ed il

Contratto prosegue con Somme assicurate, Massimali, limiti di Indennizzo e Premio risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Le disposizioni del presente articolo non sono valide per l'assicurazione Assistenza e Tutela Legale.

Art. 20 – Mediazione obbligatoria

L'art. 5 comma 1 *bis* del D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, indica quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria in materia di contratti assicurativi il ricorso alla mediazione. Il procedimento deve essere incardinato con apposita domanda da depositare presso un Organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. Il Contraente o l'Assicurato potrà avvalersi di questo sistema, ricorrendo a uno di questi Organismi, alla sede legale di Bene mediante missiva spedita a mezzo raccomandata a.r. o mediante P.E.C. all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it. che provvederanno ad informare l'Impresa del fatto che questo procedimento è stato incardinato.

Art. 21 – Variazione delle persone assicurate

L'Assicurazione vale per le persone designate in Polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto illustrato e dedotto nell'Assicurazione stessa.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate a Bene oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza; in questa ipotesi:

- Bene, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, provvede a sostituire la Polizza;
- L'Assicurazione, rispetto alle nuove persone assicurate, vale dalle ore 24:00 del giorno di perfezionamento della nuova Polizza, fermi i termini di decorrenza delle garanzie previsti in polizza, con pagamento dell'eventuale maggior Premio che risulti dovuto. La cessazione della copertura per i singoli Assicurati deve essere idoneamente documentata e accettata da Bene e, dà luogo a corrispondente riduzione di Premio a partire dalla scadenza del periodo di assicurazione successiva alla data di comunicazione, previa sostituzione della Polizza.

Art. 22 – Variazione nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati ai vincoli derivanti dall'Assicurazione fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo all'erede o agli eredi ai quali fanno riferimento le persone assicurate.

Ove il Contraente sia un'impresa, individuale o in forma di società, in caso di alienazione dell'azienda o di alienazione di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente medesimo, fermo l'onere del pagamento del Premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere efficace l'Assicurazione per la parte che lo riguarda, mentre, in caso di fusione della società, gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo alla società incorporante o alla nuova società costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo alla società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Inoltre, in caso di scioglimento della società o di sua messa in liquidazione, l'Assicurazione continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate a Bene oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, dal Contraente, dai suoi eredi o comunque dai suoi aventi causa.

Art. 23 – Responsabilità del Contraente (valido per il Capitolo 1 Infortuni)

Poiché la presente Assicurazione è stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del Sinistro, si conviene che, qualora l'infortunato o, in caso di morte, i Beneficiari di cui ai punti 1. e 2. di cui all'Art. 1.15 (Morte) delle Condizioni Generali di Assicurazione - o soltanto qualcuno di essi - non accettino, a completa tacitazione per l'Infortunio, l'Indennizzo dovuto ai sensi della presente Polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto Indennizzo, nella sua totalità, viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere all'esito di una sentenza passata in giudicato o di una transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari rinuncino all'azione di responsabilità civile dopo averla esercitata, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

CHI ASSICURIAMO E DOVE

Art. 24 – Limiti di età

Le garanzie di polizza sono prestate per persone entro i seguenti limiti d'età:

Per le garanzie del Capitolo Infortuni:

- età massima all'ingresso: 75 anni compiuti;
- età massima in uscita: 80 anni compiuti.

Tali limiti sono ridotti:

- a. per Invalidità Permanente da Malattia:
 - età massima all'ingresso: 64 anni compiuti;
 - età massima in uscita 65 anni compiuti.
- b. per Indennità giornaliera per Ricovero da Malattia, Day surgery, Day hospital:
 - età massima all'ingresso: 74 anni compiuti;
 - età massima in uscita 75 anni compiuti.

Per le persone che raggiungono l'età stabilita durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso dei Premi da parte di Bene, successivi al raggiungimento dell'età, dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 25 – Persone non assicurabili

Premesso che Bene, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, da malattia cronica che influisce sull'apparato motorio, da

incapacità di svolgere (anche parzialmente) gli atti della vita quotidiana (farsi il bagno, doccia, vestirsi/svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare), non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della Polizza, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo di Bene di corrispondere l'eventuale Indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, Bene mette a disposizione del Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate, e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della Polizza ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 26 – Validità territoriale dell'assicurazione

Per le garanzie del Capitolo Infortuni:

L'Assicurazione vale per il mondo intero ed esclusivamente per Assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

L'Inabilità Temporanea:

- è limitata agli Infortuni subiti negli Stati UE e SEE ed in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo;
- per gli Infortuni occorsi al di fuori di questi Stati, vale limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli Stati suddetti.

Per le garanzie del Capitolo Tutela legale:

Le garanzie riguardano i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- in tutti gli Stati d'Europa, nell'ipotesi di danno extracontrattuale;
- in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, negli altri casi.

Per le garanzie del Capitolo Assistenza:

l'assicurazione vale per il mondo intero, salvo che per il servizio di cui all'Art. 3.1 punto 28 (App MoveIMA) che è valido esclusivamente in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e per le altre garanzie di assistenza con i limiti descritti nella tabella di cui alla voce Limiti di Copertura del Capitolo 3 Assistenza.

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 27 – Infortuni derivanti da

1. malaria, malattie tropicali e di quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le conseguenze delle punture di zecca ad eccezione che non siano presenti la garanzia Invalidità Permanente da Malattia e l'Indennità Giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e convalescenza;
2. rischio volo nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno;

3. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. L'Assicurazione vale tuttavia per il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti necessari per il rinnovo. L'Assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo deriva in modo diretto ed esclusivo dalle conseguenze dell'Infortunio stesso;
4. dalla guida di natanti a motore per uso non privato. L'Assicurazione vale tuttavia qualora la guida di detti natanti costituisca per l'Assicurato Attività professionale, principale o secondaria, dichiarata;
5. dalla guida e/o uso di mezzi subacquei;
6. dalla guida e/o uso, anche come passeggero, di:
 - aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - aeromobili di aeroclub;
 - apparecchi per il volo da diporto o sportivi, ultraleggeri o deltaplani;
7. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante sotto l'effetto di Farmaci psicotropi salvo se assunti a scopo terapeutico;
8. dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi;
9. da Ebbrezza alcolica, se alla guida di natanti o di qualsiasi mezzo di locomozione, e in ogni caso da Ubriachezza, da Abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti od allucinogeni o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
10. da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dal punto 16 del "COSA ASSICURIAMO" del Capitolo 1 delle presenti Condizioni;
11. da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni, salvo quanto disposto all'Art. 1.3 delle presenti Condizioni;
12. da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
13. dalla partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
14. dalla partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo Stato Italiano fuori dai confini di quest'ultimo;
15. Sono altresì esclusi gli Infortuni causati dalla pratica:
 - di sport costituenti per l'Assicurato Attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
 - di sport comportanti l'uso e/o la guida di veicoli o natanti a motore (salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura) e di sport aerei in genere (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero, parapendio, paracadutismo ed altri simili);
 - dei seguenti sport:
 - a. alpinismo con scalate di difficoltà fino al grado III U.I.I.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) effettuate isolatamente o con scalate di grado U.I.I.A. superiore al III comunque effettuate;
 - b. arrampicata libera (free climbing);
 - c. arti marziali in genere;
 - d. atletica pesante (sollevamento pesi, pugilato e lotta nelle sue varie forme);
 - e. biathlon, triathlon e ironman;

- f. downhill;
- g. football americano;
- h. hockey (nelle sue varie forme);
- i. immersioni con autorespiratore, salvo quanto disposto dall'Art. 1.20 delle presenti Condizioni;
- j. jumping, bungee jumping;
- k. kayak, canoa fluviale;
- l. kitesurfing;
- m. pugilato;
- n. rafting, torrentismo, hidrospeed;
- o. regate veliche in alto mare comunque effettuate;
- p. rugby;
- q. salto dal trampolino con sci o idrosci;
- r. sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, snowkiting, snowrafting, snowboard estremo;
- s. skateboard;
- t. slittino, bob, bob-sleigh, skeleton;
- u. speleologia.

Sono inoltre escluse le Invalidità Permanenti da Malattia ed i Ricoveri, Day surgery, Day hospital da malattia provocate o derivanti direttamente, indirettamente da o relativi a:

- 16. Malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, nevrosi, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- 17. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 18. sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;
- 19. Ubriachezza, uso e Abuso di psicofarmaci e Farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- 20. conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- 21. Malattie professionali, come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;
- 22. Malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);
- 23. guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche.

COSA ASSICURIAMO

Il Contraente può scegliere se acquistare singolarmente o entrambe le Garanzie Base “Invalidità Permanente da Infortunio” e “Rendita da Infortunio”.

Art. 1.1 – Invalidità Permanente

Se l’Infortunio ha come conseguenza l’Invalidità Permanente dell’Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della Polizza, Bene corrisponde un Indennizzo all’assicurato, sulla base della somma assicurata, di una delle forme previste nella voce Limiti di indennizzo e con i criteri di indennizzabilità previsti nel Capitolo Norme per la liquidazione dei sinistri.

Art. 1.2 – Rendita da Infortunio

Se l’Infortunio ha come conseguenza l’Invalidità Permanente dell’Assicurato di grado pari o superiore al 50% - accertata in base ai criteri indicati all’Art. 4.7 Bene riconosce all’Assicurato una rendita fissa mensile, dell’importo indicato in Polizza, per un periodo di 5 anni. Qualora durante tale periodo dovesse avvenire il decesso dell’Assicurato beneficiario della rendita, gli importi residui fino al termine di 5 anni verranno corrisposti agli eredi designati in polizza.

Ai fini delle suddette Garanzie Base e ad integrazione di quanto previsto nel Glossario di polizza, sono considerati Infortuni anche:

1. l’asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione oppure da assorbimento o inalazione di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. gli avvelenamenti del sangue – escluso il virus H.I.V., salvo quanto disposto dall’Art. 1.26 (Contagio da H.I.V.) delle presenti Condizioni – sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell’organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4. la folgorazione;
5. l’annegamento;
6. l’assideramento od il congelamento;
7. i colpi di sole o di calore;
8. le conseguenze fisiche di interventi chirurgici o di trattamenti resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
9. le infezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti o aracnidi;
10. le ustioni provocate da animali o vegetali;
11. le lesioni muscolari determinate da sforzo;
12. le ernie addominali determinate da sforzo;
13. le rotture sottocutanee dei tendini causate da sollecitazione, limitatamente a quanto previsto all’Art. 1.7 (Rotture sottocutanee dei tendini) delle presenti Condizioni;
14. quelli che l’Assicurato subisca durante i viaggi aerei di turismo, di trasferimento e di trasporto pubblico effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque

eserciti, salvo quanto indicato ai punti 2) e 6) dell'Art. 27 (Esclusioni comuni a tutte le garanzie) delle presenti Condizioni. Il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

15. quelli causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile,
16. quelli causati, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, da:
 - a. tumulti popolari e atti di terrorismo ai quali l'Assicurato non abbia partecipato in modo volontario;
 - b. guerra o insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.
17. quelli sofferti in stato di malore o in stato di incoscienza;
18. quelli subiti in occasione di immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua ma escluse tutte le lesioni all'organo dell'udito, purché effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo ed esclusivamente durante la partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello.

Art. 1.3 – Infortuni causati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, limitatamente ai soli casi di morte ed Invalidità Permanente, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori della regione ove si trova il comune dove è fissata la sua residenza.

L'Assicurazione non è operante nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 1.4 – Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive

Fatto salvo quanto indicato al punto 15) dell'Art. 27 delle presenti Condizioni, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport (comprese le relative prove ed allenamenti) svolti a livello ricreativo, aziendale e/o interaziendale, e/o durante la partecipazione a competizioni effettuate sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, con esclusione degli Infortuni conseguenti alla pratica di sport professionistici e comunque quando l'Assicurato svolga detta attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.

Tuttavia, per le attività sportive di seguito indicate:

- a. calcio, calcetto;
- b. ciclismo;
- c. equitazione;
- d. ginnastica (artistica e trampolino);
- e. pallacanestro;
- f. pallavolo, beach-volley;
- g. sci alpino (slalom);
- h. sci alpino (discesa);

l'Assicurazione non è operante per la garanzia Inabilità Temporanea (Art. 1.16 delle presenti Condizioni).

Art. 1.5 – Massimo esborso

Nel caso di un unico evento che provochi l'Infortunio di più persone assicurate con Bene, l'esborso massimo complessivo a carico di quest'ultima non può comunque superare il limite indicato nella voce Limiti di Copertura.

Qualora gli Indennizzi liquidabili a sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 1.6 – Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni di carattere estetico, Bene rimborsa le spese documentate sostenute dall'Assicurato, non altrimenti contrattualmente rimborsabili, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica od estetica.

Art. 1.7 – Rotture sottocutanee dei tendini

In caso di Rotture sottocutanee dei tendini non dovute ad eventi traumatici e causate da sollecitazione, indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivato, Bene liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente in base alle seguenti percentuali di Invalidità accertata, senza applicazione delle Franchigie previste in Polizza:

- tendini del bicipite brachiale 4%
- tendine del quadricipite femorale 4%
- tendine d'Achille 4%
- ogni altro tendine 2%

L'Assicurazione decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra assicurante questa stessa garanzia, il termine di 181 giorni opera dalla data di effetto:

- della precedente Polizza, per le somme da quest'ultima previste;
- della presente Polizza limitatamente alle maggiori somme da quest'ultima previste.

Art. 1.8 – Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'Art. 1.1 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66%, accertata secondo i criteri stabiliti dal predetto articolo, Bene rimborsa, dall'Assicurato per l'adeguamento dell'abitazione ove quest'ultimo ha il proprio domicilio:

- a. per eliminare le barriere architettoniche in essa presenti;
- b. per acquistare:
 - strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;
 - ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione;
 - attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nella propria abitazione quando non sia possibile svolgerle all'esterno e per tutto ciò che risulti necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dell'Assicurato, divenuto disabile.

Art. 1.9 – Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'Art. 1.1 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66%, accertata secondo i criteri stabiliti dal predetto articolo, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento e/o personalizzazione o sostituzione in riferimento alla disabilità riportata, Bene rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute entro un anno dal giorno dell'Infortunio denunciato per tali adattamenti o sostituzione.

Art. 1.10 – Indennità aggiuntiva danno alla vita di relazione

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'Art. 1.1 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 15% della totale, Bene corrisponde un'indennità aggiuntiva determinata sull'indennizzo di Invalidità Permanente determinato a termini di polizza.

Art. 1.11 – Fondo istruzione

in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'Art. 1.1 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66% della totale oppure la morte dell'Assicurato, Bene corrisponde un Indennizzo qualora l'Assicurato stesso abbia figli conviventi a carico che non abbiano ancora iniziato la scuola dell'obbligo oppure, essendo studenti, non abbiano ancora terminato la frequenza di scuole italiane di istruzione primaria e secondaria.

Art. 1.12 – Perdita anno scolastico

Bene corrisponde un Indennizzo qualora, in conseguenza di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza che comporti una Invalidità Permanente di cui all'Art. 1.1 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, l'alunno Assicurato, di età inferiore a 20 anni, abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico.

L'Indennizzo spetta a condizione che la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole primarie e secondarie di I e II grado, italiane, comunitarie o straniere presenti sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 1.13 – Tutela dei minori

La Somma assicurata per Invalidità Permanente sulla quale viene calcolato l'Indennizzo viene maggiorata del 100% qualora in conseguenza di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza l'Assicurato, purché al momento del verificarsi del Sinistro sia minore di anni 18, riporti un'Invalidità Permanente accertata di grado non inferiore al 50%.

Art. 1.14 – Infortuni subiti a seguito di rapina, estorsione o sequestro

Bene corrisponde l'Indennizzo, dovuto a termini di Polizza, maggiorato del 50%, qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza conseguente a rapina o tentata rapina, estorsione, sequestro o tentativo di sequestro messi in atto nei confronti dell'Assicurato, quest'ultimo riporti un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10%.

L'Assicurazione non è cumulabile con quelle previste all'Art. 1.13 (Tutela dei minori).

ESTENSIONI DI GARANZIA

Il Contraente, in abbinamento ad una delle Garanzie Base, può scegliere di estendere la propria copertura acquistando le seguenti garanzie:

Art. 1.15 – Morte

1. Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, Bene corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

2. Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, in applicazione di quanto previsto dall'art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, Bene corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la Somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'Indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, Bene ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato per la restituzione della somma corrisposta.

3. Commorienza genitori

Qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e determinato dal medesimo evento consegua la morte, anche non contestuale, dell'Assicurato e dell'altro genitore – assicurato o meno per il caso di morte – lasciando figli minori di anni 18 o, anche se maggiorenni, purché conviventi, con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con Invalidità Permanente non inferiore al 66%) –, la Somma assicurata per il caso di morte spettante a tali figli, se ed in quanto Beneficiari della Polizza, viene aumentata del:

- a. 50% con il massimo previsto nei Limiti di copertura per persona deceduta, se entrambi i genitori erano assicurati per il caso di morte con la presente Polizza;
- b. 100% con il massimo previsto nei Limiti di copertura, se soltanto uno dei genitori era assicurato per il caso di morte con la presente Polizza. In questo caso il genitore non assicurato per il caso di morte è equiparato, ai fini dell'indennizzabilità del Sinistro, all'altro genitore.

L'Assicurazione non è operante per il rischio volo di cui al punto 14 del "COSA ASSICURIAMO" del Capitolo 1 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

La stessa determinazione di cui ai punti a e b di cui sopra, si applica altresì nel caso in cui, nello stesso evento, si verifica il decesso di un Assicurato e un'invalidità permanente non inferiore al 66% dell'altro genitore assicurato o meno.

4. Morte subita a seguito di rapina, estorsione o sequestro

Bene corrisponde l'Indennizzo, dovuto a termini di Polizza, maggiorato del 50%, qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza conseguente a rapina o tentata rapina, estorsione, sequestro o tentativo di sequestro messi in atto nei confronti dell'Assicurato, all'Assicurato medesimo derivi la morte.

La maggiorazione non può superare la somma prevista nei Limiti di copertura e non è in ogni caso cumulabile con quella prevista dal precedente punto 3. (Commorienza genitori).

Art. 1.16 – Indennità giornaliera per inabilità temporanea

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Inabilità temporanea, Bene corrisponde, secondo quanto stabilito nella voce Limiti di Copertura, la Somma assicurata:

- a. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b. al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

A questo proposito di precisa che con l'espressione "giorno di riferimento" si intende:

1. per l'Infortunio regolarmente denunciato nei termini di cui all'Art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione, il giorno in cui l'Assicurato ha subito l'infortunio;
2. per l'Infortunio denunciato con ingiustificato ritardo oltre i termini di cui sopra, il giorno della ritardata denuncia.

Art. 1.17 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza

1. Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, Bene corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza. L'indennità pattuita viene corrisposta a partire dal primo giorno di Ricovero; la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

2. Day hospital, Day surgery

Qualora l'Istituto di cura eroghi le proprie prestazioni a favore dell'Assicurato in regime di Day hospital o Day surgery, Bene corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto 1. che precede, ridotta del 50% a partire dal primo giorno di Day hospital o di Day surgery.

Detta indennità viene corrisposta unicamente a condizione che il trattamento sia di durata superiore a 3 giorni consecutivi (fatta eccezione per i giorni festivi), come risultante dalla documentazione prodotta dall'Istituto di cura stesso.

3. Ricoveri rilevanti

In caso di degenza conseguente ad un Ricovero "rilevante", l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto 1. che precede, viene aumentata del 50%. La maggiorazione non può superare la somma indicata nei Limiti di copertura

I "ricoveri rilevanti", purché conseguenti a Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, sono quelli determinati da:

- a. interventi per l'asportazione o trapianto di organi;
- b. inserimenti di artro-protesi dei grandi segmenti articolari, intendendosi per tali gli arti superiori (braccio e avambraccio con le relative articolazioni: spalla, gomito e polso) e gli arti inferiori (coscia e gamba con le relative articolazioni: coxo-femorale, ginocchio e tibio-tarsica).

4. Contemporaneo Ricovero dei coniugi

Qualora, a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza causato da un medesimo evento, risultino ricoverati l'Assicurato e il coniuge (o il convivente more uxorio), a condizione che quest'ultimo non sia assicurato per il caso di Ricovero con Bene, l'indennità giornaliera dovuta all'Assicurato, in base al disposto di cui al punto 1. che precede, si intende maggiorata, per tutti i giorni di contemporaneo Ricovero, della misura del 100%. La maggiorazione non può superare la somma indicata nei Limiti di copertura.

Tale maggiorazione non è cumulabile con il caso Ricoveri "rilevanti" di cui al punto 3. che precede.

5. Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital, Day surgery

In caso di Ricovero di cui al punto 1. o di Day hospital, Day surgery di cui al punto 2. che precedono, indennizzabili a termini di Polizza, Bene corrisponde, per la successiva Convalescenza, un'indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quella assicurata per il Ricovero e per un numero di giorni pari a quello indicato nella prognosi rilasciata dall'Istituto di cura al momento della dimissione dell'Assicurato.

Qualora all'Assicurato venga prognosticato un ulteriore periodo di Convalescenza, Bene corrisponde l'indennità giornaliera nella stessa misura prevista al paragrafo che precede e per ciascun giorno di degenza domiciliare prescritta. La durata massima di tale ulteriore periodo non può superare il 50% del numero di giorni prognosticati all'Assicurato al momento della dimissione dall'Istituto di cura.

Art. 1.18 – Indennità giornaliera per immobilizzazione e Convalescenza

1. Immobilizzazione

Bene corrisponde l'indennità giornaliera assicurata se, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, all'Assicurato sia stato applicato, anche in assenza di Ricovero, un Mezzo di contenzione. L'indennità, se l'applicazione di Mezzi di contenzione riguarda le singole dita della mano, viene corrisposta purché vi sia l'immobilizzazione totale del corrispondente segmento articolare; in caso contrario, l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella assicurata.

Risulta in ogni caso escluso il riconoscimento dell'indennità in caso di posizionamento di collare cervicale, se non in presenza di accertata Frattura di una vertebra cervicale.

In presenza di prescrizione di riposo a letto (senza applicazione di Mezzi di contenzione) certificata dal medico curante o risultante da prognosi rilasciata dal pronto soccorso, l'indennità viene altresì corrisposta, durante il periodo di immobilità dovuto a Frattura accertata:

- a. di coste;
- b. di vertebre;
- c. delle ossa del bacino;
- d. del femore.

2. Convalescenza a seguito di Immobilizzazione

Qualora a seguito della rimozione del Mezzo di contenzione sia prescritto un periodo di Convalescenza, Bene corrisponde un'ulteriore indennità d'importo pari al 50% di quella assicurata per Immobilizzazione.

Art. 1.19 – Rimborso spese di cura

Bene rimborsa, fino a concorrenza del Massimale assicurato, le spese sostenute in conseguenza diretta dell'Infortunio dall'Assicurato per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) le prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di protesi di ogni genere);
- c) i medicinali;
- d) i trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), purché prescritti dal medico o dal Pronto Soccorso ed effettuati entro la data di stabilizzazione dei postumi dell'Infortunio stesso;
- e) i mezzi di contenzione;
- f) il trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'Istituto di Cura o ambulatorio, o da un Istituto di cura o ambulatorio all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato
- g) alternative riconosciute (a titolo di esempio, osteopata, chiropratico, agopuntura);
- h) spese sostenute dall'assicurato di ricerca, salvataggio e/o recupero, sia tentato che compiuto, anche con l'ausilio di elicotteri, effettuate da organismi di salvataggio civili o da organismi specializzati pubblici e privati, rese necessarie per il soccorso dell'Assicurato durante la pratica, non a titolo professionale, di un'attività outdoor (la garanzia comunque cessa nel momento in cui la squadra di soccorso raggiunga l'Istituto di Cura più vicino al luogo di salvataggio e/o recupero

nonché, in caso di Ricovero, Day hospital, Day surgery e/o di Intervento chirurgico ambulatoriale, le spese per:

- i) le rette di degenza;
- j) gli onorari dei medici curanti e dell'équipe chirurgica;
- k) i diritti di sala operatoria;
- l) i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro);
- m) l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche.

Art. 1.20 – Sovrarischi sportivi – Immersioni con autorespiratori

A parziale deroga del punto 15) dell'Art. 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'Assicurazione, nei limiti delle Somme assicurate in Polizza, s'intende estesa, limitatamente ai casi di cui agli Artt. 1.1 (Invalidità Permanente), 1.2 (Rendita), 1.15 (Morte), 1.19 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se prestati, agli Infortuni che derivino dalla pratica dell'attività sportiva di immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua ma escluse tutte le lesioni all'organo dell'udito. L'Assicurazione è prestata a condizione l'Assicurato abbia il brevetto di attività subacquea rilasciato dalle competenti Autorità sportive.

L'Assicurazione vale anche se l'attività sportiva viene svolta sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, con esclusione comunque degli Infortuni conseguenti alla pratica di tale sport in forma professionistica o comunque quando l'Assicurato svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.

Non risulta operante quanto previsto all'Art. 1.7 (Rotture sottocutanee dei tendini).

Art. 1.21 – Sovrarischi sportivi – scalate

A parziale deroga del punto 15) dell'Art. 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'Assicurazione, nei limiti delle Somme assicurate in Polizza, s'intende estesa, limitatamente ai casi di cui agli Artt. 1.1 (Invalidità Permanente), 1.2 (Rendita), 1.15 (Morte), 1.19 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se prestati, agli Infortuni che derivino dalla pratica dell'attività sportiva di scalate fino al grado III U.I.I.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) comunque effettuate ed oltre il grado III U.I.I.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), purché effettuate con accompagnamento di guida regolarmente patentata.

L'Assicurazione vale anche se l'attività sportiva viene svolta sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, con esclusione comunque degli Infortuni conseguenti alla pratica di tale sport in forma professionistica o comunque quando l'Assicurato svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.

Non risulta operante quanto previsto all'Art. 1.7 (Rotture sottocutanee dei tendini).

Art. 1.22 – Sovrarischi sportivi – arti marziali, sollevamento pesi e rafting

A parziale deroga del punto 15) dell'Art. 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'Assicurazione, nei limiti delle Somme assicurate in Polizza, s'intende estesa, limitatamente ai casi di cui agli Artt. 1.1 (Invalidità Permanente), 1.2 (Rendita), 1.15 (Morte), 1.19 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se prestati, agli Infortuni che derivino dalla pratica dell'attività sportiva di:

- arti marziali (ad eccezione di kick-boxing, savate e thai boxe) e lotta nelle sue varie forme;
- sollevamento pesi;
- rafting.

L'Assicurazione vale anche se l'attività sportiva viene svolta sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, con esclusione comunque degli Infortuni conseguenti alla pratica di tale sport in forma professionistica o comunque quando l'Assicurato svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.

Non risulta operante quanto previsto all'Art. 1.7 (Rotture sottocutanee dei tendini)

Non sono in ogni caso assicurate le conseguenze della perdita dei denti.

Art. 1.23 – Sovrarischi sportivi – rugby, bob, hockey, kayak e sci alpinismo

A parziale deroga del punto 15) dell'Art. 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'Assicurazione, nei limiti delle Somme assicurate in Polizza, s'intende estesa, limitatamente ai casi di cui agli Artt. 1.1 (Invalidità Permanente), 1.2 (Rendita), 1.15 (Morte), 1.19 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se prestati, agli Infortuni che derivino dalla pratica dell'attività sportiva di:

- rugby e football americano;
- bob, bob-sleigh, slittino e skeleton;
- hockey (nelle sue varie forme);
- kayak e canoa fluviale;
- sci alpinismo.

L'Assicurazione vale anche se l'attività sportiva viene svolta sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, con esclusione comunque degli Infortuni conseguenti alla pratica di tali sport in forma professionistica o comunque quando l'Assicurato svolga tali attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.

Non risulta operante quanto previsto all'Art. 1.7 (Rotture sottocutanee dei tendini).

Art. 1.24 – Invalidità permanente da malattia

In caso di Malattia che abbia come conseguenza l'Invalidità Permanente dell'Assicurato, la cui Manifestazione sia avvenuta successivamente alla data di effetto della Polizza e comunque non oltre la data della cessazione dell'Assicurazione, Bene corrisponde un Indennizzo all'Assicurato, sulla base della somma assicurata, di una delle forme previste nella voce Limiti di Copertura e con i criteri di indennizzabilità previsti nel Capitolo Norme per la liquidazione dei sinistri.

La presente Invalidità Permanente è altresì assicurata se Insorgenza sia comunque avvenuta durante il periodo di validità della Polizza e con Manifestazione entro i 6 mesi successivi alla scadenza della Polizza medesima.

Art. 1.25 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza da Malattia

1. Ricovero, Day surgery

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Malattia, parto naturale o con taglio cesareo e aborto terapeutico Bene corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza. L'indennità pattuita viene corrisposta a partire dal primo giorno di Ricovero; la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

2. Day hospital

Qualora l'Istituto di cura eroghi le proprie prestazioni a favore dell'Assicurato in regime di Day hospital, Bene corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto 1. che precede, ridotta del 50% a partire dal primo giorno di Day hospital.

Detta indennità viene corrisposta purché la degenza si protragga per almeno 2 giorni consecutivi o 3 giorni anche non consecutivi.

a) Ricoveri rilevanti

l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto 1. che precede, viene corrisposta con le seguenti maggiorazioni, comunque non cumulabili fra loro:

- 50% a partire dal 15° giorno successivo a quello del Ricovero;
- 100% a partire dal 30° giorno successivo a quello del Ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;

b) Convalescenza a seguito di Ricovero, Day surgery

in caso di Ricovero, compreso anche il Day surgery, di cui al punto 1. che precede, indennizzabile a termini di Polizza, Bene corrisponde, per la successiva Convalescenza, un'indennità giornaliera d'importo pari a quella assicurata per il Ricovero.

Art. 1.26 – Contagio da H.I.V (valido se operante l'Art. 1.19 – Rimborso spese di cura)

A parziale deroga dell'Art. 25 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati, resa necessaria da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del Ricovero, Bene corrisponde l'indennizzo stabilito nei Limiti di copertura.

L'Indennizzo non è riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del Sinistro.

Art. 1.27 – Accompagnatore (valido se operante l'Art. 1.17 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery, Convalescenza)

In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, di un Assicurato minore di anni 15, Bene corrisponde una indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quella assicurata per il Ricovero di cui al punto 1. dell'Art. 1.17 (Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza) delle presenti Condizioni, per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nel medesimo Istituto di cura e nello stesso periodo, per i giorni previsti nei Limiti di copertura.

L'Indennizzo è cumulabile con quello previsto dall'Art. 1.17 (Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza) delle presenti Condizioni.

COSA NON ASSICURIAMO

Il Contraente, in abbinamento ad una delle Garanzie Base, può scegliere di estendere la propria copertura acquistando le seguenti garanzie:

Art. 1.28 – Rischi esclusi

- a) gli infarti, da qualsiasi causa determinati;
- b) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- c) le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, chimiche o biologiche e pandemie. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;

Le suddette esclusioni (di cui ai punti A, B e C) non si intendono operanti qualora siano state selezionate le estensioni di garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" e "Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital per malattia".

- d) le ernie non traumatiche, fatta eccezione per quanto indicato al punto 12) del "COSA ASSICURIAMO" del Capitolo 1;
- e) gli Infortuni subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato;
- f) gli Infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assicurato.

Limitatamente all'estensione di garanzia dell'Art. 1.24 Invalidità Permanente da Malattia:

- g) le Invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni e condizioni fisiche patologiche preesistenti.
- h) le Invalidità permanenti provocate o derivanti direttamente o indirettamente da:
 - stati invalidanti, Malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione della Polizza e sottaciuti con dolo o colpa grave;
 - malattie tropicali;
 - trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

Limitatamente all'estensione di garanzia 1.25 Ricoveri, Day surgery, Day Hospital:

i) L'Assicurazione non è operante per:

- conseguenze dirette di Malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del Contratto, sottaciuti a Bene con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della Polizza;
- eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto Permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- Ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

COME ASSICURIAMO

Art. 1.29 – Forma Completa (h 24)

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività professionale, principale e secondaria, dichiarate in Polizza e ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Art. 1.30 – Assicurazione valida per gli Infortuni extra professionali

A parziale deroga dell'Art. 1.29 (Forma Completa h24), l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Sono pertanto esclusi gli Infortuni che l'Assicurato subisca:

- durante le prestazioni di opere comunque retribuite alle dipendenze di terzi;
- in proprio a carattere professionale;

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio in itinere), anche con l'uso di mezzi di locomozione.

L'Art. 4.10 (Attività diverse da quelle dichiarate) delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende privo di qualsiasi effetto.

Art. 1.31 – Assicurazione valida per gli Infortuni professionali

A parziale deroga dell'Art. 1.29 (Forma Completa h24), l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle Attività professionali principali e secondarie dichiarate in Polizza. L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione.

Art. 1.32 – Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicoli non identificati)

A parziale deroga dell'Art. 1.29 (Forma Completa h24), l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante la Circolazione, su area pubblica e privata, in qualità di conducente dei veicoli della categoria indicata sul frontespizio di Polizza secondo la seguente classificazione:

- a) Categoria 1: autovetture, autotassametri, autocarri fino a 35 q.li, motocarri e ciclomotori trasporto cose;
- b) Categoria 2: i veicoli della categoria 1, nonché gli autocarri oltre 35 q.li, gli autobus e le macchine agricole;
- c) Categoria 3: i veicoli della categoria 2, nonché i motocicli oltre 150cc;
- d) Categoria 4: i veicoli della categoria 3, nonché i motocicli fino a 150cc ed i ciclomotori.

L'Assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del veicolo sino a quando ne discende, nonché a terra nei pressi del veicolo medesimo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

Art. 1.33 – Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicolo identificato)

A parziale deroga dell'Art. 1.29 (Forma Completa h24), l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante la Circolazione, su area pubblica o privata, in qualità di conducente del veicolo (la cui targa è riportata sul frontespizio di Polizza nella casella "Targa Veicolo") della categoria indicata sul frontespizio di Polizza secondo la seguente classificazione:

- a) Categoria 5: autovetture, autocarri fino 35 q.li;
- b) Categoria 6: i veicoli della categoria 5, nonché i motocarri;
- c) Categoria 7: i veicoli della categoria 6, nonché gli autocarri oltre 35 q.li, gli autobus e le macchine agricole;
- d) Categoria 8: i veicoli della categoria 7, nonché i motocicli ed i ciclomotori

La targa del veicolo (e la relativa immatricolazione) deve essere solamente dello Stato italiano, della Repubblica di San Marino o della Città del Vaticano.

L'Assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del veicolo sino a quando ne discende, nonché a terra nei pressi del veicolo medesimo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

Art. 1.34 – Assicurazione obbligatoria degli Infortuni dei collaboratori, dipendenti e praticanti di avvocati (art. 12 comma 2 della L. 247/2012)

A parziale deroga dell'Art. 1.29 (Forma Completa h24) la presente Polizza è stipulata in ottemperanza, avuto riguardo alla sola Assicurazione degli Infortuni, all'art. 12 comma 2 della L. 247/2012 Decreto Ministeriale 22 settembre 2016 intitolato "Condizioni essenziali e massimali minimi delle polizze assicurative a copertura della responsabilità civile e degli infortuni derivanti dall'esercizio della professione di avvocato".

L'Assicurazione prevede pertanto la copertura degli Infortuni occorsi ai collaboratori, dipendenti e praticanti di avvocati in conseguenza dell'attività svolta nell'esercizio della professione anche fuori dei locali dello studio legale, anche in qualità di sostituto o di collaboratore esterno occasionale, i quali causino la morte, l'Invalidità Permanente o l'Invalidità temporanea, nonché delle spese mediche. L'Assicurazione include tra i Rischi assicurati l'Infortunio derivante dagli spostamenti resi necessari dallo svolgimento dell'attività professionale.

Art. 1.35 – Assicurazione "persone chiave" (pagamento dell'indennità al Contraente)

A parziale deroga di quanto previsto nelle condizioni di Polizza, il Beneficiario delle Somme assicurate indicate nel frontespizio di polizza per:

- Invalidità Permanente, di cui all'Art.1.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- Morte, di cui all'Art. 1.15 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- Inabilità temporanea, di cui all'Art. 1.16 delle Condizioni Generali di Assicurazione;

deve intendersi il Contraente.

Essendo la presente Assicurazione stipulata dal Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che ad esso possa derivare da Infortuni subiti dall'Assicurato, si conviene che:

- i rapporti fra Bene e gli Assicurati si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'Infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente;
- l'indennità liquidata sarà versata unicamente al Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per Bene. Il Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa impegnandosi a sollevare Bene, in quanto solvente, da ogni eventuale pretesa, richiesta o azione che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione all'Infortunio od alla presente Polizza;
- l'Assicurato, con la firma del frontespizio di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi all'Assicurazione, manifesta il suo esplicito consenso a quanto disposto dalla presente condizione speciale.

A differenza di quanto indicato al primo comma del presente articolo e fermo restando quanto disciplinato al secondo comma, qualora il Contraente rinunci alla qualifica di Beneficiario e rilasci specifica dichiarazione a Bene di procedere alla liquidazione dell'indennizzo direttamente a favore dell'Assicurato, Bene liquiderà al Contraente un'indennità aggiuntiva nella misura indicata

nei Limiti di copertura. Tale clausola, a parziale deroga di quanto sopra vale esclusivamente in caso di Invalidità Permanente (Art. 1.1) superiore al 66% e per il caso di Morte (Art. 1.15).

TABELLA DELLE ATTIVITÀ

Le tabelle indicano la classificazione delle Attività professionali distinte in base alla loro rischiosità secondo un crescente grado da 1 a 4. In base a tale grado è stato valutato il Rischio di cui all'Art. 4.10 (Attività diverse da quelle dichiarate) dei criteri di liquidazione del sinistro:

Descrizione attività	Codice Attività	Classe di Rischio
Addetto a centri di elaborazione dati	002	1
Addetto al controllo della qualità	375	2
Addetto in imprese di pulizie con uso di impalcature esterne	003	4
Addetto in imprese di pulizie senza uso di impalcature esterne	004	3
Addobbatore	005	3
Agente di assicurazione	006	1
Agente di cambio, di borsa	007	1
Agente di commercio, di pubblicità, di viaggio, immobiliare	008	1
Agente di commercio, di pubblicità, di viaggio, immobiliare (viaggiante)	009	2
Agente teatrale	010	1
Agricoltore	011	4
Agricoltore (proprietario, affittuario) senza lavori manuali	012	2
Agronomo	013	2
Albergatore con lavoro manuale	014	2
Albergatore senza lavoro manuale	015	1
Allenatore di sport non estremi	016	2
Allevatore di animali che non presta opera manuale	017	2
Allevatore di equini, bovini, suini	018	4
Allevatore, addestratore di animali domestici	019	3
Amministratore di condomini	022	1
Amministratore di società	023	1
Analista Chimico	024	2
Animatore in villaggi	026	2
Antennista (installatore di antenne radio - tv)	027	4
Antiquario, senza restauro	028	1
Apicoltore	029	3
Archeologo	030	3
Architetto con accesso ai cantieri	031	2
Architetto senza accesso ai cantieri	032	1
Archivista	033	1
Armaiolo	034	3
Arredatore	035	2
Artista di varietà, attore	037	2
Ascensori e montacarichi (addetto alla manutenzione e/o installazione)	038	4

Asfaltatore	039	4
Assistente di volo a terra	040	1
Assistente sociale	041	1
Ausiliario socio sanitario	042	2
Autista di autobus, di autocarri fino a 35 q.li, di motocarri, di ciclomotori trasporto cose (anche con carico e scarico)	043	3
Autista di autocarri fino a 35 q.li, di motocarri, di ciclomotori trasporto cose (senza carico e scarico)	044	2
Autista di autocarri oltre 35 q.li, di macchine agricole	045	3
Autista di autovetture, di autotassametri	046	2
Autista di motocicli, di ciclomotori	047	4
Auto tranviere	048	3
Autolavaggio automatico (addetto con lavoro manuale)	049	3
Autolavaggio automatico (addetto senza lavoro manuale)	050	2
Autorimessa (addetto a lavori di riparazione, manutenzione)	051	3
Autorimessa (esercente senza lavoro manuale)	052	2
Autotrasportatore (anche con operazioni di carico e scarico)	053	4
Autotrasportatore (titolare d'impresa senza lavoro manuale)	054	2
Avvocato	055	1
Badante	056	2
Bagnino	057	3
Ballerino, ballerina	058	2
Bambinaia, Baby Sitter	059	2
Barbiere, parrucchiere	060	2
Barista	061	2
Benestante senza particolari occupazioni	062	1
Benzinaio	063	3
Berrettaio, cappellaio	064	3
Bidello	065	2
Bigiotterie (addetto)	066	2
Biologo	067	2
Blogger	069	1
Boscaiolo	070	4
Botanico	071	2
Broker di assicurazioni	072	1
Callista, manicure, pedicure	075	2
Cameraman (con riprese anche esterne)	076	2
Cameraman (solo in studio)	077	1
Cameriere	078	2
Cantante	079	2
Carpentiere in legno o ferro	081	4
Carrozziere di autoveicoli	082	3
Cartoleria, libreria (titolare, addetto)	083	1
Cartotecnico	084	3
Casalinga	085	1
Casaro	086	3

Cassiere, bigliettaio non armato	088	1
Cave a giorno (proprietario o addetto senza opera manuale)	089	2
Cave a giorno senza uso di mine (proprietario o addetto con opera manuale)	090	4
Cementiere	091	4
Centralinista	092	1
Ceramista	093	2
Chimico	095	3
Cinema, teatro (addetto)	096	2
Cinema, teatro (gestore)	097	1
Clero (appartenente al)	098	1
Colf	099	2
Collaboratore familiare	100	2
Coltivatore diretto	101	4
Commercialista	102	1
Commerciante	103	2
Commerciante (senza lavoro manuale)	104	1
Commerciante ambulante	105	2
Commesso	106	2
Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce	107	3
Commesso viaggiatore senza trasporto e consegna merce	108	2
Concessionaria auto, motoveicoli (titolare, addetto alle vendite)	109	1
Conciapelli (con uso di macchine)	110	4
Conciapelli (senza uso di macchine)	111	3
Confezionatura tessile (addetto)	112	2
Consulente in materia di lavoro, fisco, amministrazione	114	1
Corniciaio	115	3
Cuoco	117	3
Custode	118	2
Cyber security specialist	119	1
Decoratore	120	3
Demolitore di veicoli	121	4
Dipendente senza lavoro manuale	122	1
Diplomatico	123	2
Direttore artistico	124	1
Direttore d'orchestra	125	1
Direttore didattico	126	1
Direttore negozio	127	1
Dirigente con accesso in cantieri	128	2
Dirigente occupato solo in ufficio	129	1
Disegnatore con accesso ad ambienti di lavoro	130	2
Disegnatore occupato solo in ufficio	131	1
Disinfestatore	132	3
Disk jockey	133	2
Distillatore	134	3
Distributori di carburante (addetto) con manutenzione	135	3

Distributori di carburante (addetto) senza manutenzione	136	2
Docente universitario	137	1
Dog sitter	138	2
Domestico, collaboratore familiare	139	2
Ebanista	140	4
Editore	141	1
Elettrauto	142	3
Elettricista all'esterno di edifici su linee ad alta o bassa tensione	143	4
Elettricista all'interno di edifici su linee a bassa tensione	144	3
Elettrodomestici, mobili, radio-tv, telefonia (installatore anche all'esterno e/o con uso di ponteggi)	145	4
Elettrodomestici, mobili, radio-tv, telefonia (installatore solo all'interno)	146	2
Elettrotecnico	147	3
Enologo, enotecnico	148	2
Enoteca (addetto)	149	2
Escavatorista	150	4
Estetista	151	2
Fabbro	152	3
Facchino	153	3
Facchino in porto	154	4
Falegname	155	4
Farmacista	156	2
Fattorino (con uso di moto, motorino)	157	4
Fattorino (senza uso di moto, motorino)	158	3
Ferrovia (personale viaggiante)	159	2
Fioraio	161	2
Fisico	162	2
Fisioterapista	163	2
Floricoltore	164	2
Fonditore	165	4
Fornaio	166	3
Fotografo (anche all'esterno)	168	2
Fotografo (solo in studio)	169	1
Fotomodello, fotomodella	170	1
Frigorista	171	4
Fruttivendolo	172	2
Gelataio (addetto alla produzione)	174	2
Geologo	175	2
Geometra che accede ai cantieri	176	2
Geometra che non accede ai cantieri	177	1
Giardiniere, vivaista (con abbattimento e potatura alberi)	178	4
Giardiniere, vivaista (senza potatura di alberi)	179	3
Gioielliere	180	2
Giornalaio	181	2
Giornalista (cronista, corrispondente)	182	2
Gommista	183	3

Grafico	184	2
Guardarobiere	185	2
Guardia forestale (con lavoro manuale)	186	4
Guardia forestale (senza lavoro manuale)	187	2
Guardia notturna, guardia giurata	188	4
Guardiacaccia	189	2
Guardiapesca	190	2
Guida turistica	191	2
Idraulico anche su impalcature e ponteggi	192	4
Idraulico solo all'interno di edifici o a terra	193	3
Igienista dentale	376	1
Imballatore	194	4
Imbianchini anche all'esterno di edifici	195	4
Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature	196	3
Impianti civili, industriali e commerciali (installatore)	197	4
Impiegato amministrativo (con mansioni esterne)	198	2
Impiegato amministrativo (solo in ufficio)	199	1
Impiegato tecnico	200	2
Imprenditore edile che non prende parte ai lavori	201	2
Imprenditore edile che prende parte ai lavori	202	4
Imprenditore in genere che prende parte ai lavori	203	2
Imprenditore in genere che non prende parte ai lavori	204	1
Incisore	205	3
Indossatore, indossatrice, modello, modella	206	1
Infermiere professionale	208	2
Influencer (con mansioni esterne)	377	2
Influencer (solo ufficio)	378	1
Ingegnere che accede anche ai cantieri	209	2
Ingegnere occupato solo in ufficio	210	1
Insegnante di arti marziali e/o di lotta nelle varie forme	211	4
Insegnante di ballo	212	2
Insegnante di educazione fisica	213	2
Insegnante di equitazione	214	4
Insegnante di materie non sperimentali o professionali	215	1
Insegnante di musica	216	1
Insegnante di sport non estremi	217	2
Insegnante in scuola elementare, in scuola superiore	218	1
Insegnante in scuola materna	219	1
Insegnante materie sperimentali o professionali (anche con accesso a laboratori)	220	2
Insegne (installatore con uso di impalcature e ponteggi)	221	4
Insegne (installatore senza uso di impalcature e ponteggi)	222	3
Interprete	223	1
Investigatore	224	3
Istruttore di guida di veicoli a motore	225	2
Istruttore di teoria di scuola guida	226	1

Laminatore	228	4
Latteria - produzione latte (addetto)	229	4
Lattoniere anche su impalcature e ponteggi	230	4
Lavanderia, stireria (addetto)	231	2
Legatore	232	2
Litografo	234	3
Macchinista di treni	235	3
Macchinista ferrovie	236	3
Macellaio	237	3
Machine learning specialist	238	1
Magazziniere	239	4
Magistrato	240	1
Magliaia	241	2
Marinaio	242	4
Marmista (posatori) solo a terra	243	3
Marmisti anche su impalcature e ponti	244	4
Massaggiatore	245	2
Materassaio	246	3
Meccanico	247	3
Mediatore in genere (escluso bestiame)	249	1
Medico (non radiologo) - Dentista	250	1
Medico radiologo	251	2
Militare, poliziotto (soli compiti amministrativi e d'ufficio) (in Italia)	252	2
Mobiliere (fabbricazione di mobili)	253	4
Modellista in carta	254	1
Modellista in ferro e legno	255	4
Montatore di macchine	256	4
Mosaicista (solo a terra)	257	3
Mosaicista (su impalcature)	258	4
Muratore	259	4
Musicista	260	2
Necroforo addetto alle pompe funebri	261	2
Necroforo addetto alle sepolture ed alla manutenzione delle tombe	262	3
Netturbino	273	3
Notaio	275	1
Odontotecnico	276	2
Ombrellaio	277	3
Operaio con uso di macchine e accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature (escluso edilizia)	278	4
Operaio con uso di macchine senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature.	279	3
Operaio edile	280	4
Operaio installatore impianti	379	4
Operatore di call center	281	1
Operatore Socio Sanitario (OSS)	380	2
Orafo	282	2

Orologiaio riparatore	283	1
Osteopata	381	2
Ostetrica	284	2
Ottico, optometrista	285	2
Panettiere	287	3
Parrucchiere	288	2
Pasticcere	289	3
Pastore	290	3
Pellicciaio (addetto alla confezione)	291	2
Pensionato	292	1
Perito agrario, industriale	293	3
Perito assicurativo	382	2
Personal trainer	294	1
Personale diplomatico in genere	295	1
Pescatore (pesca marittima costiera)	296	4
Pescivendolo	297	2
Piastrellista	298	3
Pittore	299	1
Pizzaiolo	300	3
Politico	301	2
Portabagagli	302	2
Portavalori	303	3
Portiere di stabile, custode	304	2
Posteggiatore	305	2
Postino	306	2
Praticante legale	307	1
Procacciatore d'affari	308	1
Procuratore legale	309	1
Produttore d'assicurazioni	310	1
Profumeria (titolare, addetto)	311	1
Programmatore	312	1
Promotore finanziario	313	2
Psicologo	314	1
Pubblicitario	315	1
Puericultrice	316	1
Radiotecnico (senza installazione di antenne)	317	3
Rappresentante (con carico e scarico)	318	3
Rappresentante (senza carico e scarico)	319	2
Regista, sceneggiatore	320	2
Restauratore	321	3
Ricamatrice	322	2
Riparatore di elettrodomestici, di casalinghi	323	3
Ristoratori con lavoro manuale	324	3
Ristoratori senza lavoro manuale	325	2
Ruspista	326	4
Sagrestano	327	1

Saldatore	328	3
Salumiere	329	3
Sarto	330	2
Scrittore	331	1
Scultore	332	3
Silvicoltore	333	4
Sindacalista	334	2
Social media manager	335	1
Sociologo	336	1
Spazzacamino	337	4
Specchi (fabbricante)	338	4
Spedizioniere (anche presso magazzini e scali)	339	2
Spedizioniere (occupato solo in ufficio)	340	1
Stilista	341	1
Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)	342	3
Studente	343	1
Supermercato (addetto, escluso magazziniere)	344	2
Tabaccaio	345	2
Tappezziere	346	3
Tatuatore	383	2
Tecnico sanitario	347	2
Telefonista	348	1
Tende, veneziane, serramenti (addetti alla produzione, addetti all'installazione anche con ponteggi ed impalcature)	349	4
Tende, veneziane, serramenti (addetti alla produzione, addetti all'installazione solo all'interno)	350	3
Terracotta (fabbricante)	351	3
Tessitore (con uso di macchine)	352	3
Tessitore (senza uso di macchine)	353	2
Timbri (fabbricante)	354	3
Tintoria (addetto di tintoria)	356	2
Tipografo	357	3
Toelettatore	384	2
Tornitore	358	3
Traduttore	359	1
Tranviere	360	2
Trattorista	361	4
Ufficiale giudiziario	362	2
Usciere d'albergo	363	1
Veterinario (solo animali di affezione)	364	2
Veterinario anche in macelli e/o in allevamenti	365	3
Vetraio	366	3
Vetrinista	367	2
Vetro (lavorazione anche con forno) (addetto)	368	4
Vigile del fuoco	369	4
Vigile urbano (anche in strada)	370	3

Vigile urbano (solo compiti amministrativi)	371	1
Vinificatore	372	3
Vulcanizzatore	373	4
Web designer	374	1
Attività di classe 1 specificata in appendice	991	1
Attività di classe 2 specificata in appendice	992	2
Attività di classe 3 specificata in appendice	993	3
Attività di classe 4 specificata in appendice	994	4

LIMITI DI COPERTURA

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	LIMITE DI INDENNIZZO
1.5	Massimo esborso	3.000.000 euro

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO
1.1	Invalità Permanente di Infortunio	La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata sulla base dell'opzione scelta (riportata sulla scheda di polizza) con applicazione delle relative franchigie sul grado di Invalità Permanente accertato: Opzione Base 3% 3% per la parte di somma assicurata fino a 200.00 euro 5% per la parte di somma assicurata oltre 200.000 euro e fino a 500.000 euro; 10% per la parte di somma eccedente 500.000 euro Opzione Base 5% 5% per la parte di somma assicurata fino a 500.000 euro 10% per la parte di somma eccedente 500.000 euro Opzione Base 10% 10% per l'intera somma assicurata <u>Grandi Invalità</u> Limitatamente alle opzioni Base 3% - 5% - 10% in caso di Invalità Permanente accertato di grado pari o superiore al 30% della totale, non si applicano le franchigie di cui sopra. In caso di Invalità Permanente accertato di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennizzo viene corrisposto come se l'Invalità Permanente fosse totale, pagando l'intera somma assicurata.

Opzione Speciale – Maggiorata

Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	18	18	35	55
2	0	19	19	36	58
3	0	20	20	37	61
4	1	21	22	38	64
5	2	22	24	39	67
6	3	23	26	40	70
7	4	24	28	41	73
8	5	25	30	42	76
9	6	26	32	43	79
10	7	27	34	44	82
11	8,5	28	36	45	85
12	10	29	38	46	88
13	11,5	30	40	47	91
14	13	31	43	48	94
15	15	32	46	49	97
16	16	33	49	da 50 a 100	100
17	17	34	52		

Opzione Speciale – Supervalutata

Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	18	18	35	55
2	0	19	19	36	58
3	0	20	20	37	61
4	1	21	22	38	64
5	2	22	24	39	67
6	3	23	26	40	70
7	4	24	28	41	73
8	5	25	30	42	76
9	6	26	32	43	79

10	7	27	34	44	82
11	8,5	28	36	45	85
12	10	29	38	46	88
13	11,5	30	40	47	91
14	13	31	43	48	94
15	15	32	46	49	97
16	16	33	49	da 50 a 100	doppio del grado di I.P. accert ato
17	17	34	52		

Opzione Speciale - franchigia 0%

0% per la parte di somma assicurata fino a 100.000 euro;

3% per la parte di somma assicurata oltre 100.000 euro e fino a 200.000 euro;

5% per la parte di somma assicurata oltre 200.000 euro e fino a 500.000 euro;

10% per la parte di somma eccedente 500.000 euro

Opzione Speciale - franchigia 25%

Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata
da 1 a 25	0
da 26 a 50	uguale al grado di I.P. accertato
da 51 a 100	doppio del grado di I.P. accertato

Opzione Speciale - maggiorazione arti superiori

Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata
un arto superiore	100%
una mano o un avambraccio	100%
un pollice	60%
un indice	60%
la falange del pollice	40%
la falange dell'indice	40%
un medio	30%
la falange del medio	20%
un anulare	15%
un mignolo	15%

		percentuale massima per la perdita totale, anatomica o funzionale, del pollice, indice e medio o di due delle predette dita	80%
--	--	---	-----

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.3	Infortuni causati da calamità naturali	10% su Invalidità Permanente da Infortunio (ferma applicazione di franchigia più elevata se operante)	50% SA Invalidità Permanente e Morte con il massimo di 100.000 euro per persona assicurata
1.4	Infortuni attività sportive		50% SA Invalidità Permanente e Morte per infortuni durante competizioni (comprese le relative prove e allenamenti) connesse agli sport di cui alle precedenti lettere b (ciclismo), c (equitazione), h (sci alpino - discesa)
1.6	Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico		3.000 euro
1.7	Rotture sottocutanee dei tendini		5.000 euro per sinistro e anno assicurativo
1.8	Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave		5% SA per Invalidità Permanente (pari o superiore al 66%) con il massimo di 10.000 euro
1.9	Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave		5% SA per Invalidità Permanente (pari o superiore al 66%) con il massimo di 5.000 euro

1.10	Indennità aggiuntiva danno alla vita di relazione		10% dell'indennizzo per Invalidità Permanente (pari o superiore al 15%) con il massimo di 10.000 euro
1.11	Fondo istruzione		10.000 euro per Invalidità Permanente (pari o superiore al 66%)
1.12	Perdita anno scolastico		2.000 euro
1.13	Tutela dei minori	Non trova applicazione quanto previsto alla voce Grandi Invalidità	100.000 euro
1.14	Infortuni subiti a seguito di rapina, estorsione o sequestro	Non trova applicazione quanto previsto alla voce Grandi Invalidità	100.000 euro per Invalidità Permanente (superiore al 10%)

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.15 - 3	Commorienza Genitori		150.000 euro
1.15 - 4	Morte a seguito di rapina, estorsione, sequestro		150.000 euro

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
Le indennità di cui agli Artt. 1.16, 1.17, 1.18 sono cumulabili tra di loro con il limite massimo di 250 euro per giorno			
1.16	Indennità giornaliera per inabilità temporanea	- 6 giorni - 4 giorni se l'assicurato ha fatto ricordo al PS con prognosi di almeno 5 gg - 1 giorno se infortunio con ricovero pari o superiore a 2gg o immobilizzazione, anche senza ricovero, pari o superiore a 20gg	- 365 giorni - 30 giorni per ernie addominali da sforzo che risultino operabili

1.17	Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza		- 365 giorni - Triplo (con il massimo di 60gg per sinistro e anno) dei giorni di Ricovero, Day hospital, Day surgery per la garanzia Convalescenza - 100 euro per Ricoveri rilevanti - 100 euro per contemporaneo ricovero dei genitori
1.18	Indennità giornaliera Immobilizzazione e Convalescenza	- 5 giorni per infortuni derivanti da attività sportive	- 60 giorni (il giorno dell'applicazione e il giorno della rimozione sono considerati unica giornata) - 30 giorni per riposo a letto (senza mezzi di contenzione) e per le fratture indicate nella garanzia di polizza - Numero giorni indicati nella prognosi (con il massimo di 30gg) per Convalescenza da immobilizzazione

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.19	Rimborso Spese di Cura	- Scoperto 10% minimo 100 euro (fatta eccezione se ricovero ospedaliero) - Scoperto 30% minimo 100 euro per infortuni da attività sportiva (anche se ricovero ospedaliero)	- c) Medicinali: 20% SA - d) Trattamenti fisioterapici e rieducativi: 30% SA - e) mezzi di contenzione: 500 euro - f) trasferimento sanitario: 5% SA - g) pratiche alternative: 15% SA - h) ricerca, salvataggio: 2.000 euro - o) acquisto noleggio carrozzelle ortopediche: 5% SA

ARTICOLO	DENOMIAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.20	Sovrarischi Sportivi – Immersioni con autorespiratori	- 10% su Invalidità Permanente da Infortunio (ferma applicazione di franchigia più elevata se operante)	50% delle SA per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio e Morte (con il massimo di 300.000 euro per ciascuna di esse)
1.21	Sovrarischi Sportivi – scalate	- Non trova applicazione quanto previsto alla voce Grandi Invalidità	

1.22	Sovrarischi Sportivi – arti marziali, sollevamento pesi e rafting		
1.23	Sovrarischi Sportivi – rugby, bob, hockey, kayak e sci alpinismo		

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIE PER SINISTRO				
1.24	Invalidità Permanente da Malattia	La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata sulla base dell'opzione scelta (riportata sulla scheda di polizza) con applicazione delle relative franchigie sul grado di Invalidità Permanente accertato:				
		Opzione base 25%				
		Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia	Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia	
		dall'1 al 25	0	46	42	
		26	2	47	44	
		27	4	48	46	
		28	6	49	48	
		29	8	50	50	
		30	10	51	53	
		31	12	52	56	
		32	14	53	59	
		33	16	54	62	
		34	18	55	65	
		35	20	56	68	
		36	22	57	71	
		37	24	58	74	
		38	26	59	77	
		39	28	60	80	
		40	30	61	83	

		<table><tr><td>41</td><td>32</td><td>62</td><td>86</td></tr><tr><td>42</td><td>34</td><td>63</td><td>89</td></tr><tr><td>43</td><td>36</td><td>64</td><td>92</td></tr><tr><td>44</td><td>38</td><td>65</td><td>95</td></tr><tr><td>45</td><td>40</td><td>66 e oltre</td><td>100</td></tr></table>	41	32	62	86	42	34	63	89	43	36	64	92	44	38	65	95	45	40	66 e oltre	100																				
41	32	62	86																																							
42	34	63	89																																							
43	36	64	92																																							
44	38	65	95																																							
45	40	66 e oltre	100																																							
		Opzione base 50% <table><tr><th>Percentuale Invalidità Permanente accertata</th><th>Percentuale da liquidare con franchigia</th><th>Percentuale Invalidità Permanente accertata</th><th>Percentuale da liquidare con franchigia</th></tr><tr><td>dall'1 al 50</td><td>0</td><td>59</td><td>77</td></tr><tr><td>51</td><td>53</td><td>60</td><td>80</td></tr><tr><td>52</td><td>56</td><td>61</td><td>83</td></tr><tr><td>53</td><td>59</td><td>62</td><td>86</td></tr><tr><td>54</td><td>62</td><td>63</td><td>89</td></tr><tr><td>55</td><td>65</td><td>64</td><td>92</td></tr><tr><td>56</td><td>68</td><td>65</td><td>95</td></tr><tr><td>57</td><td>71</td><td>66 e oltre</td><td>100</td></tr><tr><td>58</td><td>74</td><td></td><td></td></tr></table>	Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia	Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia	dall'1 al 50	0	59	77	51	53	60	80	52	56	61	83	53	59	62	86	54	62	63	89	55	65	64	92	56	68	65	95	57	71	66 e oltre	100	58	74		
Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia	Percentuale Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare con franchigia																																							
dall'1 al 50	0	59	77																																							
51	53	60	80																																							
52	56	61	83																																							
53	59	62	86																																							
54	62	63	89																																							
55	65	64	92																																							
56	68	65	95																																							
57	71	66 e oltre	100																																							
58	74																																									
		L'Assicurazione di Invalidità Permanente da Malattia non può in alcun caso cumularsi con l'Assicurazione di Invalidità Permanente da Infortunio.																																								

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.25	Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza da Malattia		- 365 giorni - 20 giorni per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day Hospital - 5 giorni per Convalescenza per Ricovero, Day Hospital per appendiciti, emorroidi e/o ragadi, varici, cataratta, ernie. - Nessun indennizzo per Convalescenza per Ricovero per parto naturale, parto cesareo, tonsille e vegetazioni adenoidi per assicurati età inferiore a 9 anni

--	--	--	--

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.26	Contagio da H.I.V		10.000 euro
1.27	Accompagnatore		Massimo 30gg per ricovero e 90gg per anno assicurativo

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	FRANCHIGIA	LIMITE DI INDENNIZZO
1.35	Persona chiave		10% dell'indennizzo con il massimo di 10.000 euro

COSA ASSICURIAMO

Art. 2.1 – Consulenza legale telefonica

Bene offre un servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie previste in polizza tramite il quale L'Assicurato potrà ottenere consulenza legale per:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti;

In caso d'infortunio che abbia causato la morte di un Assicurato, Bene offre ai familiari una Consulenza Legale specializzata per gestire le pratiche successorie in relazione a volture dei contratti di fornitura elettrica, acqua e gas, per la chiusura del conto corrente bancario/postale intestato al de cuius.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Art. 2.2 – Prestazioni

Bene assume a proprio carico, nei limiti del massimale pattuito e delle condizioni previste in polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente a infortunio o malattia ricompreso nel Capitolo 1 Infortuni.

Rientrano in garanzia le seguenti spese:

- a. di assistenza in sede stragiudiziale;
- b. per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del Sinistro;
- c. per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- d. di giustizia;
- e. di soccombenza, liquidate a favore di controparte, con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
- f. conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempre che siano state autorizzate da DAS;
- g. degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
- h. per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- i. per la redazione di denunce, querele, istanze all'autorità giudiziaria;
- j. per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non

rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;

- k. per l'esecuzione forzata, nel limite dei primi due tentativi;
- l. per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

Sostenute per:

- 1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio o la Malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
- 2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito all'infortunio o alla Malattia;
- 3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con l'infortunio o la Malattia. Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di assicurazione in relazione a polizze che coprono tali rischi.

COSA NON ASSICURIAMO

Art. 2.3 – Esclusioni

Bene non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

La garanzia è esclusa per:

- sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;

Inoltre, se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

- 1. se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;
- 2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della normativa vigente;
- 3. se l'Assicurato:
 - a. è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186, 186bis e 187 del Codice della Strada;
 - b. è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Codice della Strada).

COME ASSICURIAMO

Art. 2.4 – Operatività della garanzia

Il Sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o di contratto.

La garanzia assicurativa riguarda i Sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

La garanzia si estende ai Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto dei quali l'Assicurato sia venuto a conoscenza entro 360 giorni dalla cessazione del contratto stesso e che siano stati denunciati a DAS nei termini previsti dalla legge.

Il Sinistro è unico a tutti gli effetti:

in presenza di vertenze promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;

in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate.

In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del primo Assicurato.

Art. 2.5 – Forma nucleo familiare

Qualora richiamata in copertura la forma Nucleo Familiare, le garanzie operano a favore di tutti gli Assicurati indicati in polizza. Per le prestazioni di cui all'Art 2.2 il massimale assicurato è unico e valido per tutti gli assicurati.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 2.6 – Massimale

Il massimale di polizza si intende per sinistro senza limiti per anno assicurativo. Qualora sia presente la formula nucleo familiare e vi sia un sinistro che coinvolga più persone del medesimo nucleo familiare, il massimale si intende per evento.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, Bene garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di 3.000 euro. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per sinistro e per anno assicurativo.

COSA ASSICURIAMO

Bene si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni che seguono, con i limiti riportati nello specifico Capitolo.

Art. 3.1 – Prestazioni

Le prestazioni sotto riportate sono attivabili solo a seguito di infortunio o malattia ricompreso nel capitolo 1 Infortuni. Tutte le prestazioni che seguono non coprono casistiche di emergenza o di urgenza.

1. Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

2. Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di Malattia-infortunio, previa Consulenza telefonica col medico della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

3. Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per Malattia-infortunio e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 (anche solo definito "GDPR").

4. Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio subisca un infortunio o Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un rientro in un

Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

- aereo sanitario;
- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;
- il treno 1° classe /vagone letto.

Il rientro dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il rientro avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo al rientro le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

5. Assistenza ai minorenni

Qualora l'Assicurato in viaggio sia nell'impossibilità, a seguito di Malattia-infortunio, d'occuparsi di figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa provvederà a mettere a disposizione per una persona indicata dall'Assicurato un biglietto d'andata e ritorno, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto.

6. Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato per Malattia-infortunio e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi.

Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

7. Informazioni sanitarie

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CEE ed extra CEE;
- medici specialisti.

8. Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

9. Traduzione della cartella Clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o Malattia.

10. Rientro salma

Qualora, a seguito di Malattia-infortunio, l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo l'Assicurato a proprio carico i relativi ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

11. Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto.

12. Consegna referti presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (Malattia-infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del Cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

13. Consegna farmaci presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

14. Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a

inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resterà a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

15. Anticipo spese mediche

Qualora in conseguenza di sinistro l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento di fatture sul posto, per conto dell'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Struttura Organizzativa, per la restituzione dell'anticipo.

16. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assicurato un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione.

17. Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

18. Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

19. Assistenza con Operatore Socio-Sanitario a Domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio-Sanitario presso l'Istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero/dimissioni dell'Istituto di Cura.

20. Assistenza con Operatore Socio-Sanitario per familiari non autosufficienti

Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di Malattia-infortunio richieda l'assistenza di un Operatore Socio-Sanitario presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un Operatore Socio Sanitario. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero dell'Istituto di Cura.

21. Adeguamento abitazione a seguito di Invalidità Permanente

Qualora l'Assicurato subisca un Malattia-infortunio che comporti un'Invalidità Permanente pari o superiore al 66%, la Struttura Organizzativa provvederà a far effettuare da un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione tenendo a proprio carico i costi delle relative parcelle.

22. Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia - infortunio, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 15, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

23. Accompagnamento scuola minori (prestazione in alternativa all'invio baby sitter)

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia - infortunio, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 15, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi, tenendo a proprio carico il costo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

24. Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di Malattia - infortunio, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento. Per l'attivazione della garanzia,

l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

25. Assistenza fisioterapica a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

26. Assistenza notturna presso Istituto di Cura

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza notturna durante la degenza, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, provvederà a fornire un'assistenza specializzata (operatore sociosanitario).

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero dell'Istituto di Cura.

27. Invio collaboratore in sostituzione

Qualora l'Assicurato in trasferta all'estero sia ricoverato per infortunio, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un incaricato indicato dal Contraente un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata per sostituire l'Assicurato nello svolgimento delle attività.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non presenta alla Struttura Organizzativa un'adeguata documentazione sul sinistro che ha dato luogo alla prestazione.

28. Assistenza medica tramite Applicazione MoveIMA – fornita gratuitamente

a) Prestazione prevista nell'App MoveIMA

Nel caso di incidente stradale che abbia coinvolto l'Assicurato mentre è alla guida del Veicolo (come definito in Glossario), a condizione del rispetto delle condizioni d'uso previste dall'App MoveIMA e dallo stesso accettate con la registrazione, l'App registrerà, attraverso i suoi algoritmi e utilizzando la tecnologia e la linea telefonica dello smartphone utilizzato dall'Assicurato e sul quale è stata scaricata l'App, una possibile situazione di emergenza che comporti la necessità di soccorso medico localizzando il luogo dell'incidente.

In questa circostanza specifica, la Piattaforma dedicata riceverà a distanza di pochi istanti dall'incidente stradale, una segnalazione di potenziale soccorso medico da prestare, localizzando anche il luogo del possibile incidente.

Verificato che l'Assicurato non sia in movimento, la Piattaforma dedicata provvederà ad effettuare immediatamente tre chiamate consecutive sul numero di telefono che l'Assicurato ha indicato nella procedura di registrazione dell'App MoveIMA e che ha in uso

al momento dell'evento. Se l'Assicurato non risponde, così come se risponde e conferma di avere bisogno di assistenza medica, la Piattaforma dedicata, provvederà ad attivare immediatamente il Numero Unico di Emergenza Europeo (112) richiedendo l'invio di un'ambulanza nel luogo dell'accaduto.

b) Descrizione del servizio dell'App MoveIMA

L'App MoveIMA è fornita da Soggetto terzo (IMA Italia Assistance) diverso da Bene Assicurazioni, per gestire le chiamate automatiche di emergenza cd. e-call mentre l'Assicurato è alla guida di una Bicicletta o di un Monopattino elettrico (come definiti in Glossario alla voce "Veicolo").

c) Come accedere al servizio dell'App MoveIMA

Qualora l'Assicurato desideri attivare la prestazione di cui al punto a), deve scaricare l'App MoveIMA sul suo smartphone direttamente da Play Store (se ha uno smartphone Android) o App Store (se ha uno smartphone Apple). Una volta scaricata l'App MoveIMA, dovrà inserire il suo codice fiscale e completare la registrazione. Potrà utilizzare l'App MoveIMA secondo le condizioni di uso e l'informativa previste, che avrà preventivamente letto e accettato registrandosi sulla App.

È necessario seguire precisamente tutte le istruzioni che l'Assicurato troverà sulla App: a titolo esemplificativo e non esaustivo dovrà avere completato correttamente la registrazione sull'App MoveIMA, avere con sé il telefono cellulare sul quale è stata scaricata la App, avere attivato la geolocalizzazione

COSA NON ASSICURIAMO

Art. 3.2 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- 1) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - d. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - e. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - f. dolo dell'Assicurato;
 - g. suicidio o tentato suicidio;
 - h. infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
 - i. malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26^a settimana di gestazione e dal puerperio;
 - j. infortuni e malattie avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
 - k. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - l. le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

- 2) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, Bene non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 3) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.
- 4) Ogni diritto nei confronti di Ima si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod. Civ.
- 5) Il diritto alle assistenze fornite da Ima decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- 6) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
- 7) La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

LIMITI DI COPERTURA

ARTICOLO	DENOMINAZIONE	EROGABILITA'	MASSIMALE/LIMITE
3.1 - 1	Consulenza medica in Italia	24h24, 7 gg la settimana	
3.1 - 2	Invio di un medico in Italia	- dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali - 24h24 il sabato, la domenica e i giorni festivi	3 volte per anno assicurativo
3.1 - 4	Rientro Sanitario	oltre i 50Km dalla propria residenza	
3.1 - 5	Assistenza ai minorenni	oltre i 50Km dalla propria residenza	1.500 euro per trasferimenti dall'estero
3.1 - 6	Viaggio di un familiare	oltre i 50Km dalla propria residenza	
3.1 - 7	Informazioni Sanitarie	dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 18 (esclusi festivi)	
3.1 - 10	Rientro Salma	oltre i 50Km dalla propria residenza	3.000 euro
3.1 - 11	Interprete a disposizione		8 ore lavorative
3.1 - 12	Consegna referti presso l'abitazione	Preavviso di 48ore	4 volte per sinistro e 3 volte per anno

3.1 – 13	Consegna farmaci presso l'abitazione		3 volte per anno assicurativo
3.1 – 15	Anticipo spese mediche		3.000 euro
3.1 – 16	Rientro anticipato		2.500 euro
3.1 – 17	Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio		500 euro per sinistro
3.1 – 18	Collaboratrice familiare		50 euro al giorno per un massimo di 5 giorni per sinistro e 2 volte per anno assicurativo
3.1 – 19	Assistenza con Operatore Socio Sanitario a Domicilio		500 euro per sinistro
3.1 – 20	Assistenza con Operatore Socio Sanitario per familiari non autosufficienti		500 euro per sinistro
3.1 – 21	Adeguamento abitazione a seguito di Invalidità Permanente		1.000 euro
3.1 – 22	Invio baby sitter		50 euro al giorno per un massimo di 5 giorni per sinistro
3.1 – 23	Accompagnamento scuola minori		150 euro per sinistro
3.1 – 24	Custodia animali		200 euro per sinistro
3.1 – 25	Assistenza fisioterapica a domicilio	- In Italia - dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 18 (esclusi festivi)	500 euro per sinistro e 3 volte per anno assicurativo
3.1 – 26	Assistenza notturna presso Istituto di cura	In Italia	500 euro per sinistro e 3 volte per anno assicurativo
3.1 – 27	Invio collaboratore in sostituzione		500 euro per anno assicurativo
3.1 – 28	Assistenza medica tramite Applicazione MoveIMA	In Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano	

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 – Denuncia del sinistro

Premesso che Bene ha demandato, con appositi incarichi, la gestione dei sinistri per le garanzie: del Capitolo 2 – Tutela Legale, a:

D.A.S. Difesa Automobilistica S.p.A. con sede in Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona.

del Capitolo 3 – Assistenza a:

IMA Servizi S.c.a.r.l. con sede in Piazza Indro Montanelli 20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI);

In caso di Sinistro per le garanzie del:

Capitolo 1 – Infortuni:

L'Assicurato (o il Contraente), o altro soggetto per conto dei medesimi deve denunciare il Sinistro all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure a Bene entro 5 giorni da quando ne ha avuto la possibilità con una delle seguenti modalità:

- scrivendo alla mail sinistri@bene.it allegando i documenti in formato PDF
- scrivendo a: Bene Assicurazioni S.p.A. – UFFICIO SINISTRI – Via Dei Valtorta 48 – 20127 Milano

Per la garanzia invalidità Permanente da Malattia tale termine è ridotto a 3 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata, ai sensi dell'art.1913 del Codice Civile.

Per la garanzia Diaria da Ricovero a seguito di malattia il termine è di 10 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Capitolo 2 – Tutela Legale:

L'Assicurato (o il Contraente) deve tempestivamente denunciare il Sinistro a D.A.S. con una delle seguenti modalità:

- telefonando al numero +39/02/81480068, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, al quale un operatore raccoglie la denuncia ed indica i documenti necessari, in funzione della tipologia del sinistro;
- scrivendo alla mail sinistri@das.it allegando i documenti in formato PDF
- scrivendo a: D.A.S. S.p.A., Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona

Capitolo 3 – Assistenza:

al fine di attivare le relative prestazioni (compreso il rientro anticipato) l'Assicurato (o il Contraente) deve contattare immediatamente la Centrale Operativa di Assistenza, in funzione 24 ore su 24, telefonando al numero verde 800.32.76.05 (dall'Estero +39/02/24128391).

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. 02/24128245.

Art. 4.2 – Obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

In caso di sinistro del Capitolo 1 – Infortuni, la denuncia deve:

1. precisare se vi è stato intervento dell'Autorità giudiziaria;
2. essere corredata da certificato medico;
3. contenere indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il Contraente, l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono consentire a Bene le indagini e gli accertamenti necessari. L'Assicurato deve in particolare sottoporsi ai controlli medici richiesti da Bene e fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le valutazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio, che non abbia come conseguenza la morte dell'Assicurato, e sulla misura dell'Indennizzo e/o dei rimborsi, sono da eseguirsi in ogni caso in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Le spese per le visite mediche e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, i Beneficiari designati in Polizza, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono dare immediato avviso a Bene.

Relativamente alle Assicurazioni sotto indicate valgono le disposizioni per ciascuna di esse riportate, fermo restando che Bene si riserva la facoltà di chiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per la definizione del Sinistro:

Invalidità Permanente

In caso di sinistro per la garanzia Invalidità Permanente il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, compreso quello definitivo attestante i postumi di Invalidità residua. In caso di Ricovero, deve essere altresì prodotta copia della cartella clinica dell'Assicurato.

Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico

Bene effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata e previa presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave

Bene effettua il pagamento di quanto dovuto previa presentazione, in originale, di idonea documentazione, quali fatture, distinte e ricevute degli interventi effettuati (corredate dal progetto di un architetto o di un ingegnere e della relativa notula), fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave

Bene effettua il pagamento di quanto dovuto previa presentazione, in originale, di idonea documentazione, quali fatture, distinte e ricevute degli interventi effettuati, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Fondo istruzione

Bene corrisponde l'Indennizzo previa presentazione del certificato di frequenza scolastica dei figli a carico. Il certificato di frequenza scolastica non deve essere presentato per i figli che non abbiano compiuto il 6° (sesto) anno di età.

Perdita anno scolastico

Bene corrisponde l'Indennizzo previa presentazione di certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o Ufficio scolastico regionale dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze e previa dimostrazione, mediante certificato medico, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

Morte

In caso di sinistro per la garanzia morte, Bene può richiedere al Contraente, agli eredi dell'Assicurato o ai Beneficiari designati la seguente documentazione, tutta o in parte, in base agli elementi e alle circostanze relative all'Infortunio:

1. certificato di morte in originale;
2. certificato autoptico, quando disponibile;
3. copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha condotto gli accertamenti (se vi fu intervento);
4. atto di notorietà comprovante gli aventi diritto (eredi legittimi o testamentari) sul quale viene indicato se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento; in caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve indicare altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
5. in presenza di Indennizzi spettanti ai minori di anni 18 o ad incapaci, decreto del Giudice tutelare che autorizzi la riscossione della somma loro spettante, con espresso esonero da ogni responsabilità di Bene in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Inabilità Temporanea

In caso di sinistro per la garanzia Inabilità temporanea, i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze; qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici nel termine prescritto, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando quale data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Bene possa stabilire una data anteriore. Bene effettua il pagamento di quanto dovuto al termine del periodo prognosticato nel certificato medico.

Qualora si verifichino le condizioni in base alle quali l'indennità viene corrisposta senza applicazione della Franchigia di 6 giorni prevista nei Limiti di Copertura per la garanzia di cui

all'Art. 1.16 (Franchigia indennità giornaliera per inabilità temporanea) delle Condizioni Generali di Assicurazione, bensì con quelle inferiori deve essere altresì prodotto a Bene:

1. il certificato medico attestante la prognosi rilasciata dal Pronto Soccorso o dal medico ospedaliero dell'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato l'Assicurato;
2. in caso di Immobilizzazione, il certificato medico attestante la natura, l'entità e la sede delle lesioni, la data di applicazione e di rimozione del Mezzo di contenzione.

Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital o Day surgery – Accompagnatore

Bene effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata previa presentazione di copia della cartella clinica relativa al Ricovero, al Day hospital o al Day surgery. In caso di contemporaneo Ricovero dell'Assicurato e del coniuge (o convivente more uxorio), dovrà esser prodotta anche copia della cartella clinica di quest'ultimo.

Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery

In caso di sinistro per la garanzia Bene effettua il pagamento di quanto dovuto al termine della Convalescenza previa presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. In particolare, deve essere prodotta a Bene copia del certificato medico attestante la prognosi rilasciata dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato l'Assicurato, nonché, qualora a quest'ultimo siano stati prescritti ulteriori giorni di Convalescenza, copia dei successivi certificati medici.

Indennità giornaliera per immobilizzazione

In caso di sinistro per la garanzia Indennità giornaliera per immobilizzazione Bene effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, previa presentazione di certificati medici attestanti la natura, l'entità e la sede delle lesioni (clinicamente diagnosticate e documentate mediante qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica), la data di applicazione e di rimozione del Mezzo di contenzione nonché il periodo di effettiva Immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione di Mezzi di contenzione.

Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di immobilizzazione

In caso di sinistro per la garanzia Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Immobilizzazione Bene effettua il pagamento di quanto dovuto al termine della Convalescenza previa presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. In particolare, deve essere prodotta a Bene copia del certificato medico attestante la prognosi della Convalescenza.

Rimborso Spese di cura

In caso di sinistro per la garanzia Rimborso spese di cura Bene effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata e previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate. Gli originali presentati dall'Assicurato per ottenere il rimborso delle spese sostenute sono acquisiti da Bene. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è liquidato da Bene soltanto parzialmente, Bene stessa restituisce i predetti originali, se richiesti per iscritto, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale di fatture, notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, Bene effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente Polizza previa giustificazione documentale delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti al sistema monetario dell'euro, i rimborsi sono calcolati al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

Invalidità Permanente da Malattia

In caso di sinistro per la garanzia Invalidità permanente da malattia la denuncia del Sinistro deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi. Successivamente devono essere inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della Malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti, compreso il certificato attestante la stabilizzazione della Malattia denunciata. La valutazione dell'Invalidità Permanente avviene in Italia.

Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery da Malattia

In caso di sinistro per la garanzia Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery da malattia la denuncia del Sinistro deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica contenente la diagnosi.

L'Assicurato deve consentire a Bene le indagini e gli accertamenti necessari e produrre la cartella clinica completa, dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Bene corrisponde l'Indennizzo al termine del Ricovero, del Day hospital, del Day surgery o della Convalescenza per malattia su presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. La Convalescenza deve essere prescritta da personale medico e provata da idonea certificazione medica. I Ricoveri e le degenze in Day hospital o Day surgery dovuti ad una medesima causa si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.

In caso di sinistro del Capitolo 2 – Tutela Legale:

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro Atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del caso assicurativo.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale – residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con Bene o con DAS.

In caso di sinistro del Capitolo 3 – Assistenza:

L'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

- 1) Il tipo di assistenza di cui necessita
- 2) Nome e Cognome
- 3) Indirizzo del luogo in cui si trova
- 4) Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

IN CASO DI SINISTRO DEL CAPITOLO INFORTUNI

Art. 4.3 – Diritto all'Indennizzo

Il diritto all'Indennizzo per l'Assicurazione Invalidità Permanente da Infortunio, Rendita da Infortunio, Inabilità temporanea e per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale, non è trasmissibile agli eredi e viene riconosciuto solo dopo la stabilizzazione degli eventuali postumi invalidanti. Tuttavia, se l'Assicurato morisse dopo che l'Indennizzo stesso sia stato ufficialmente offerto ma non ancora liquidato, oppure se gli eredi/aventi causa dell'Assicurato fossero in possesso di documentazione medica attestante un'invalidità o inabilità (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: certificazione INAIL, INPS, referti, cartelle cliniche, certificazione ospedaliera, ecc.) idonea a dimostrare, in modo chiaro, inequivocabile e dirimente oltre ogni ragionevole dubbio, la sussistenza del diritto all'indennizzo in ragione di una già clinicamente accertata stabilizzazione dei postumi, Bene paga agli eredi dell'Assicurato il relativo importo.

In ogni caso, il pagamento viene effettuato in Italia e in euro.

Art. 4.4 – Assicurazione presso diversi assicuratori

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato, o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso – ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 c.c. e dell'Art 4 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione – a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 4.5 – Controversie – Arbitrato irrituale

L'ammontare del danno è concordato direttamente da Bene con l'Assicurato o persona da lui designata e il relativo Indennizzo è determinato in base a quanto stabilito in Polizza. Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro (relativamente all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia) e sul grado di Invalidità Permanente (relativamente alle Assicurazioni Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia), nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente da Infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo relativo alla predetta Invalidità.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4.6 – Criteri di Indennizzabilità

Garanzia Infortuni

Bene corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'Infortunio. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Garanzia Malattia

Bene corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da Malattie/Invalidità coesistenti. Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino Malattie/Invalidità concorrenti. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità Permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il Contraente e/o l'Assicurato devono consentire a Bene le indagini e gli accertamenti necessari. L'Assicurato deve in particolare sottoporsi ai controlli medici richiesti da Bene e fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile

Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery da Malattia

Bene corrisponde l'Indennizzo al termine del Ricovero, del Day hospital, del Day surgery o della Convalescenza, su presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. La Convalescenza deve essere prescritta da personale medico e provata da idonea certificazione medica. I Ricoveri e le degenze in Day hospital o Day surgery dovuti ad una medesima causa si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.

Art. 4.7 – Determinazione dell'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio

- a. se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente definitiva totale, Bene corrisponde l'intera Somma assicurata;
- b. se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva parziale, l'Indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato sulla Somma assicurata (ferma l'applicazione delle Franchigie previste in Polizza), in proporzione al grado di Invalidità Permanente che va accertata facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella dei valori di menomazione riportata in Appendice (operativa quella indicata sul frontespizio di polizza);
- c. in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente;
- d. se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante, si fa riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 1. nel caso di:
 - minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo;
 - menomazioni non elencate nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante;le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 2. nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non può superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 3. nel caso in cui l'Invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante, la stessa viene determinata facendo riferimento ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- e. la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- f. per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procede alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto della eventuale applicazione di presidi correttivi;

- g. per le ernie addominali da sforzo, anche se bilaterali, non risultanti operabili secondo parere medico, la percentuale di Invalidità Permanente accertata non può essere superiore al 10%. In tal caso la garanzia decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione; nel caso la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra assicurante la medesima garanzia, il termine di 181 giorni opera dalla data di effetto:
- 1) della precedente Polizza, per le somme da quest'ultima previste;
 - 2) della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme da quest'ultima previste;
- per eventuali controversie circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è demandata al Collegio medico di cui all'art. 4.5 (Controversie - Arbitrato irrituale) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Tabella A (Aumentata) - valori di menomazione per accertamento del grado di Invalidità Permanente

L'Indennizzo è calcolato – ferme le Franchigie operanti – sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente in proporzione al grado di Invalidità accertata in base ai valori previsti dalla tabella INAIL di cui all'Allegato n.1 del Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (qui di seguito riportata), con rinuncia da parte di Bene all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Sordità completa di un orecchio	15%
Sordità completa bilaterale	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi	40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	=
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%
Perdita del braccio:	
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%
b) per amputazione al terzo superiore	80%
Perdita:	

- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%
- di tutte le dita della mano	65%
- del pollice e del primo metacarpo	35%
- totale del pollice	28%
- totale dell'indice	15%
- totale del medio	12%
- totale dell'anulare	8%
- totale del mignolo	12%
- della falange ungueale del pollice	15%
- della falange ungueale dell'indice	7%
- della falange ungueale del medio	5%
- della falange ungueale dell'anulare	3%
- della falange ungueale del mignolo	5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%
- delle due ultime falangi del medio	8%
- delle due ultime falangi dell'anulare	6%
- delle due ultime falangi del mignolo	8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:	
a) in semipronazione	30%
b) in pronazione	35%
c) in supinazione	45%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:	
a) in semipronazione	40%
b) in pronazione	45%
c) in supinazione	55%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in (estensione rettilinea	18%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	
a) in semipronazione	22%
b) in pronazione	25%
c) in supinazione	35%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%
Perdita di una coscia in qualsiasi (altro punto	70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%

Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%

inferiore a 3/10	35%
6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.	

Tabella B (Base) – valori di menomazione per accertamento del grado di Invalidità Permanente

L'Indennizzo è calcolato – ferme le Franchigie operanti – sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente in proporzione al grado di Invalidità accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale di:	
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange di un altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi:	
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
Paralisi completa:	
• del nervo radiale	35%
• del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%

Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12° dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella A (Aumentata) valori di menomazione per accertamento del grado di Invalidità Permanente), la percentuale di Invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra gli 8 (otto) ed i 16 (sedici) mesi dalla data di denuncia della Malattia.

L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente non è cumulabile con quello di morte. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, Bene corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 4.8 – Liquidazione dell'indennizzo sotto forma di rendita

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente superiore al 50% il Contraente può richiedere a Bene di corrispondere l'indennizzo determinato sulla base delle Condizioni di polizza, sotto forma di rendita anziché di capitale unico. In questo caso, il capitale determinato, sarà maggiorato del 20%, e liquidato nella seguente modalità:

- il 50% della dell'indennizzo a chiusura del sinistro in forma di capitale;
- il restante 50% sotto forma di rendita mensile certa per 5 anni.

Qualora, durante il periodo di liquidazione della rendita dovesse verificarsi il decesso dell'Assicurato, l'indennizzo rimanente verrà corrisposto agli eredi designati in polizza.

Art. 4.9 – Modalità di pagamento della Rendita da Infortunio (Garanzia di cui all'Art. 1.2)

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso per la determinazione del diritto all'indennizzo, Bene ne dà comunicazione scritta all'Assicurato.

Ricevuta accettazione dell'Assicurato, Bene provvederà a corrispondere la rendita dal mese successivo alla data di accettazione.

Art. 4.10 – Attività diverse da quelle dichiarate

Fermo il disposto degli Artt. 1 (Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio), 7 (Aggravamento o diminuzione del rischio), delle Condizioni Generali di Assicurazione, dall'Art. 27 delle Esclusioni comuni a tutte le garanzie e dell'Art. 1.28 (Rischi esclusi) delle presenti Condizioni, se nel corso di validità dell'Assicurazione si verifica un cambiamento dell'Attività professionale dell'Assicurato dichiarata in Polizza, senza che l'Assicurato o il Contraente ne abbia dato comunicazione a Bene, in caso di Sinistro l'Indennizzo viene corrisposto:

1. integralmente, se la diversa attività non aggrava il Rischio;
2. in misura ridotta, se la diversa attività aggrava il Rischio. In tal caso, facendo riferimento alla classificazione dei rischi prevista dalla Tabella delle attività ove sono indicate le varie attività e le corrispondenti classi di Rischio, l'Indennizzo viene corrisposto con l'applicazione delle seguenti riduzioni:

	classi attività	Attività professionale dichiarata in Polizza			
		1	2	3	4
Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio	1	0	0	0	0
	2	-29%	0	0	0
	3	-48%	-27%	0	0
	4	-59%	-43%	-22%	0

Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nella citata Tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata;

3. senza corresponsione di alcun Indennizzo qualora l'Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio rientri nel seguente elenco:
 - a) attività a contatto con sostanze radioattive, con esplosivi e con merci pericolose
 - b) attività circense;
 - c) attività dello spettacolo, cinema, teatro e simili, esposti a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
 - d) collaudatore di veicoli,
 - e) Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia);
 - f) fantino, Driver (trotto);
 - g) guardia del corpo, buttafuori;
 - h) guida alpina;
 - i) istruttore di:
 - corsi di sopravvivenza,
 - di guida sportiva;
 - j) istruttore o allenatore di:
 - alpinismo,

- bob,
- deltaplano,
- hydrospeed;
- k) paracadutismo, parapendio, rafting, roccia;
- l) salto dal trampolino con gli sci, sci-snowboard acrobatico, sci-snowboard alpinismo, slittino, volo;
- m) palombaro;
- n) sommozzatore;
- o) sub professionista;
- p) speleologo;
- q) sportivi professionisti, semiprofessionisti.

Con esclusivo riferimento al disposto di cui agli Artt. 1.8 (Rimborso spese di adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave), 1.9 (Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave) e 1.19 (Rimborso spese di cura) delle presenti Condizioni, il cambiamento dell'Attività professionale dell'Assicurato dichiarata in Polizza, senza che l'Assicurato o il Contraente ne abbia dato comunicazione a Bene, comporta in caso di Sinistro l'applicazione delle riduzioni indicate nella griglia di cui sopra al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato.

Art. 4.11 – Categoria veicolo diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Artt. 1 (Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio), 7 (Aggravamento o diminuzione del rischio), delle Condizioni Generali di Assicurazione, dall'Art. 27 delle Esclusioni comuni a tutte le garanzie e dell'Art. 1.28 (Rischi esclusi) delle presenti Condizioni, limitatamente alla conduzione di veicoli di cui agli Artt. 1.32 Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicoli non identificati) e 1.33 Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicolo identificato), qualora l'Infortunio si verifichi alla guida di un veicolo di categoria diversa da quella dichiarata in Polizza, l'Indennizzo viene corrisposto:

- 1) integralmente, se la diversa categoria del veicolo non aggrava il Rischio;
- 2) in misura ridotta, se la diversa categoria del veicolo aggrava il Rischio. In tal caso, facendo riferimento alle classificazioni previste dai predetti articoli delle Condizioni Speciali, l'Indennizzo viene corrisposto con l'applicazione delle seguenti riduzioni:

Art. 1.32 Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicoli non identificati)

	categoria veicolo	Categoria veicolo dichiarata in Polizza			
		1	2	3	4
Categoria veicolo condotto al momento dell'Infortunio	1	0	0	0	0
	2	-37%	0	0	0
	3	-52%	-23%	0	0
	4	-57%	-31%	-11%	0

Art. 1.33 Assicurazione per gli Infortuni in qualità di conducente (veicolo identificato)

	categoria veicolo	Categoria veicolo dichiarata in Polizza			
		5	6	7	8
Categoria veicolo condotto al momento dell'Infortunio	5	0	0	0	0
	6	-22%	0	0	0
	7	-55%	-42%	0	0
	8	-72%	-63%	-37%	0

Art. 4.12 – Anticipo Indennizzi

A. Spese di prima necessità

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato il Ricovero dell'Assicurato, ed a condizione che la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente sia non inferiore a 50.000 euro, il Contraente o l'Assicurato può richiedere a Bene il rimborso, quale anticipo sull'Indennizzo, delle spese imposte dall'evento fino a concorrenza di 3.000 euro.

Bene concede l'anticipo richiesto purché si verifichino le seguenti condizioni:

1. la richiesta deve pervenire a Bene entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio;
2. le lesioni subite devono essere documentate e accertate dal foglio di dimissione oppure, in caso di persistente degenza, da dichiarazione della Direzione Sanitaria o da personale medico del reparto di ricovero da cui si rilevi il tipo di lesione e la causale dell'Infortunio;
3. dalla documentazione sanitaria inviata, la lesione deve comportare, a giudizio del medico di Bene, una presunta percentuale di Invalidità Permanente superiore al 10% accertata secondo i criteri stabiliti negli Artt. 4.6 (Criteri di indennizzabilità) delle presenti Condizioni e 4.7 (Determinazione dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Bene comunica all'Assicurato l'esito della richiesta ed in caso di positivo accoglimento, provvede a corrispondere l'anticipo entro 15 giorni. Detto importo si intende corrisposto a titolo di acconto sull'Indennizzo totale dovuto per Invalidità Permanente e come tale viene scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'Indennizzo da parte di Bene e la conseguente ripetizione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta. La richiesta dell'anticipo equivale a tutti gli effetti, ove non già presentata in precedenza, a denuncia di Sinistro a sensi delle presenti Condizioni.

B. Anticipo sull'Indennizzo per il caso di Grave Invalidità Permanente

1. Il Contraente o l'Assicurato, trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, può richiedere a Bene il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile Indennizzo, con il massimo di 50.000 euro, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di Invalidità Permanente stimata da Bene in base alla documentazione acquisita sia superiore al 50%. Il pagamento viene effettuato da Bene entro 60 giorni dalla richiesta dell'anticipo. Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo

recupero di quanto anticipato da Bene nei casi di eventuale inoperatività della garanzia o di eventuali eccedenze pagate.

2. Il Contraente o l'Assicurato, in alternativa a quanto previsto al punto B1, in occasione della presentazione di una denuncia di Sinistro, e qualora, sulla base della prima documentazione medica disponibile, l'infortunio rientri inequivocabilmente in una tipologia di invalidità prevista dalle tabelle di cui all'Art 4.7 superiore al 30% (senza somma tra diverse tipologie di invalidità classificate) può richiedere a Bene il pagamento di un acconto pari al 10% della somma assicurata.

Il pagamento viene effettuato da Bene entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo. Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato da Bene nei casi di eventuale inoperatività della garanzia o di eventuali eccedenze pagate.

IN CASO DI SINISTRO DEL CAPITOLO TUTELA LEGALE

Art. 4.13 – Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – D. Lgs 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, la DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Art. 4.2 "Obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- a) l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- b) gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
- c) gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- d) l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza – con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare – i quali verranno ratificati da DAS a seguito di verifica dell'effettiva urgenza e congruità dell'operazione.

Bene e DAS non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

Art. 4.14 – Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo – Arbitrato

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente.

Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, nel caso in cui il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 4.15 – Recupero di somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale e interessi spettano esclusivamente all'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato per spese, competenze e onorari in ambito giudiziale e stragiudiziale.

IN CASO DI SINISTRO DI ASSISTENZA

Art. 4.16 – Gestione del sinistro

Bene, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi al presente Capitolo, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, si avvale della società IMA Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura Organizzativa.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI

(ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali n. 679/2016- GDPR)

INDICE

PREMESSA - PERCHÈ QUESTA INFORMATIVA

1. CHI SIAMO
2. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI
3. DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE
4. QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?
5. CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?
6. FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE
7. RICHIESTE ALLA SOCIETÀ
8. MODIFICHE
9. DEFINIZIONI

PREMESSA - PERCHÉ QUESTA INFORMATIVA

Gentile Cliente,

per fornirLe i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere e utilizzare alcuni dati che La riguardano. Tali dati potranno essere forniti direttamente da Lei (per esempio, attraverso il sito www.bene.it "Sito") oppure attraverso altri soggetti. La invitiamo pertanto a leggere attentamente le seguenti informazioni sulla privacy in ottemperanza agli artt. 12, 13 e 14 (nel caso si tratti di dati personali non ottenuti presso l'interessato ma da altre fonti) del Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei dati n. 679/2016 (di seguito anche solo "GDPR"), e successive modifiche ed integrazioni, per comprendere appieno su quali basi vengono raccolti i dati personali, come vengono utilizzati e conservati e a chi sono divulgati, in particolare relativamente a:

- Calcolo dei preventivi
- Stipula del contratto e adempimenti obbligatori
- Assistenza clienti

1 CHI SIAMO

Questa comunicazione viene resa disponibile nella sua qualità di Titolare del trattamento da: Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit (di seguito "Titolare" o "Società"), con sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia. Bene Assicurazioni S.p.A., è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016, è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS al numero 1.00180 ed è una società soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A, appartenente al Gruppo Assicurativo Bene (di seguito "Gruppo") con numero di iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. 054. Eventuali richieste potranno

essere inviate a Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit – Servizio Clienti, via e-mail all'indirizzo: clienti@bene.it oppure telefonicamente al numero +39 02 814 800 70.

2 CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

La Società ha un legittimo interesse a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo a fini amministrativi interni, compreso il trattamento di dati personali dei clienti o dei dipendenti, anche includendoli in database centralizzati. I dati personali potranno essere accessibili da tutte le Società facenti parte del Gruppo e dai soggetti da queste autorizzati al trattamento dei dati nel rispetto dei reciproci accordi di trattamento dei dati.

La Società potrà comunicare inoltre i dati a società o soggetti, esterni rispetto all'organizzazione del Titolare, con i quali la Società abbia concluso appositi contratti di servizi. Tali soggetti agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento. In particolare, i dati personali potranno essere comunicati:

- a soggetti che appartengono alla c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori, officine di riparazione, periti, medici legali, a soggetti che gestiscono le transazioni di pagamento online;
- a soggetti che hanno accesso ai dati in forza di provvedimenti normativi o amministrativi (IVASS, in generale pubbliche autorità di controllo), organismi associativi o consortili (ANIA);
- a Banche e/o Istituti di pagamento;
- a Studi di consulenza legale, amministrativa e fiscale, qualora la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti in relazione ai servizi prestati.

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trasferiti anche al di fuori dell'Unione Europea in base a una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ovvero mediante garanzie adeguate quali le clausole tipo di protezione dei dati adottate dalla Commissione Europea ovvero le norme vincolanti di impresa ovvero mediante le modalità previste dal GDPR.

È possibile richiedere un elenco aggiornato dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento contattando il Titolare ai recapiti indicati nell'informativa.

3 DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE

La legge garantisce una serie di diritti relativi ai propri dati personali. La Società si impegna a proteggere i dati personali e a rispettare le leggi in materia di privacy dei dati di volta in volta in vigore. Maggiori informazioni e suggerimenti sui diritti possono ottenersi dall'Autorità nazionale competente per la tutela dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Diritti	Cosa significa?
1. Diritto all'informazione	È il diritto dell'utente di ricevere informazioni chiare, trasparenti e facilmente comprensibili sulle modalità di utilizzo dei suoi dati personali e sui propri diritti. È per tale

	motivo che vengono fornite le informazioni contenute in questa Informativa.
2. Diritto di accesso	È il diritto dell'utente di ottenere l'accesso ai propri dati (se tali dati sono oggetto di trattamento) e ad altre informazioni (simili a quelle fornite nella presente informativa sulla privacy). Lo scopo è far sì che l'utente sia a conoscenza e possa verificare se i suoi dati personali sono utilizzati in conformità con la legge sulla privacy dei dati.
3. Diritto di rettifica	È il diritto dell'utente di far correggere le informazioni in caso di inesattezza o incompletezza.
4. Diritto di cancellazione o Diritto all'oblio	È il diritto dell'utente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei dati laddove non vi sia alcun motivo valido per continuare a utilizzarli. Non si tratta di un diritto indiscriminato alla cancellazione, in quanto è limitato da eccezioni.
5. Diritto di limitare il trattamento dei dati	È il diritto dell'utente di 'bloccare' o inibire l'utilizzo ulteriore delle informazioni. Quando il trattamento dei dati è limitato, la Società può comunque conservare le informazioni ma non può utilizzarle ulteriormente. La Società conserva elenchi di persone che hanno richiesto il "blocco" di un ulteriore utilizzo delle loro informazioni per garantire che tale vincolo sia rispettato in futuro.
6. Diritto alla portabilità dei dati	È il diritto dell'utente di ottenere e riutilizzare i propri dati personali per le sue finalità in diversi servizi. Ad esempio, se decide di passare a un nuovo fornitore, questo diritto consente di spostare, copiare o trasferire facilmente le informazioni tra i sistemi informatici dell'azienda e i loro sistemi in modo sicuro e protetto, senza comprometterne l'usabilità.
7. Diritto di obiezione al trattamento	È il diritto dell'utente di opporsi al trattamento per finalità di marketing diretto (realizzato solo previo consenso) e anche al trattamento che è eseguito per finalità di tutela di legittimi interessi della Società.
8. Facoltà di avanzare reclami	È il diritto dell'utente di presentare un reclamo sulle modalità con cui la Società tratta o elabora i suoi dati personali presso il garante nazionale per la privacy dei dati.
9. Diritto di revoca del consenso	È il diritto dell'utente di revocare in qualsiasi momento il proprio consenso, precedentemente reso, per lo svolgimento di qualsiasi attività che implichi il trattamento dei propri dati personali. L'esercizio di tale diritto non comporta l'illiceità di quanto realizzato fino a quel momento con i dati personali dell'utente ed il suo consenso al trattamento. Esso può consistere anche nella sola revoca del consenso all'utilizzo dei dati personali per i soli scopi di marketing.

Per maggiori informazioni su come esercitare i diritti, scrivere a clienti@bene.it, contattare il servizio clienti al numero +39 02 814 800 70 oppure scrivere all'indirizzo e-mail di contatto del DPO (Data Protection Officer / Responsabile Protezione Dati) della Società: dpo@bene.it

4 QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?

Che cosa sono i dati personali?

I dati personali sono quelle informazioni che, direttamente o indirettamente, permettono di identificare l'utente come persona fisica. Per "direttamente" si intende, per esempio il nome, il cognome e l'indirizzo; per "indirettamente" si intende una fattispecie in cui i dati sono trattati unitamente ad altre informazioni.

4.1 Calcolo dei preventivi

Dati raccolti per l'invio di informazioni e di preventivi sui servizi assicurativi della Società in risposta a richieste direttamente formulate (attraverso un intermediario della Società ovvero attraverso siti web) e/o per l'eventuale conclusione del contratto di assicurazione) e conseguente gestione ed esecuzione del contratto stesso.

Finalità e base giuridica del trattamento	Raccolta di informazioni pre-contrattuali al fine del calcolo del preventivo per i servizi assicurativi. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.
Conferimento	Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.2 Stipula del contratto e adempimenti obbligatori

Dati raccolti per l'adempimento di obblighi di legge e/o regolamentari (come, ad esempio, la valutazione di adeguatezza del contratto) e/o disposizioni di organi pubblici e pubbliche autorità.

4.3 Assistenza Clienti

Gestione dei sinistri. Ai fini della presentazione e offerta del contratto di assicurazione e/o della conclusione dello stesso non è prevista l'acquisizione di dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato da parte della Società. I dati in questione potrebbero eventualmente essere acquisiti e trattati solo in occasione della denuncia di un sinistro. In tale ipotesi, il trattamento sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Gestione dei reclami. Nel reclamo potranno essere raccolti i seguenti dati: Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente; Numero della polizza e nominativo del Contraente; Numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Finalità e base giuridica del trattamento	Gestione dei sinistri (obblighi contrattuali, legittimo interesse e nel caso consenso dell'interessato) Gestione reclami (obblighi contrattuali e legittimo interesse)
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta.
Conferimento	Obbligatorio per poter gestire sinistri e reclami.

5 CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?

Il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti manuali, informatici, elettronici o comunque automatizzati, direttamente dal Titolare o da soggetti terzi (in qualità di titolari autonomi, facenti parte della c.d. catena assicurativa ovvero da soggetti preposti al trattamento dal Titolare). I dati sono trattati per il tempo necessario a conseguire le finalità sopra indicate e nei termini previsti dalla legge o dai provvedimenti del Garante. I dati sono trattati utilizzando misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate al livello di rischio, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di modifica, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

6 FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE

Quando la Società si basa sui suoi legittimi interessi per raccogliere e utilizzare i dati personali dell'utente, deve considerare se tali legittimi interessi siano superati dagli interessi dell'utente o da suoi diritti e libertà fondamentali. La Società li può perseguire solo se decide che gli interessi, i diritti e le libertà dell'utente non prevalgono sui legittimi interessi dell'azienda. La Società ha preso in considerazione tali questioni e, laddove ritenga che ci sia il rischio che uno degli interessi o diritti e libertà fondamentali dell'utente possa essere pregiudicato, non utilizzerà i dati personali a meno che non ci sia una diversa base giuridica per farlo (necessaria per l'esecuzione del contratto con l'utente o sulla base del consenso ricevuto dall'utente stesso).

7 RICHIESTE ALLA SOCIETÀ

La Società è tenuta per legge a dare seguito alle richieste e fornire informazioni gratuitamente, tranne nel caso in cui le richieste siano manifestamente infondate o eccessive (specialmente a causa della loro natura ripetitiva), in tal caso la Società potrebbe addebitare un costo ragionevole (tenendo conto dei costi amministrativi necessari per fornire le informazioni o le comunicazioni, o per intraprendere l'azione richiesta), o rifiutarsi di dare seguito alla richiesta. Si prega di ponderare in modo responsabile la richiesta prima di inoltrarla. La Società risponderà non appena possibile. Generalmente ciò avviene entro un mese dalla ricezione della richiesta, qualora dovesse richiedere più tempo, la Società contatterà l'utente e lo informerà.

8 MODIFICHE

La presente Informativa è in vigore dal 24 maggio 2018. La Società si riserva di modificarne o semplicemente aggiornarne il contenuto, in parte o completamente, anche a causa di

variazioni della normativa applicabile. La Società invita l'Interessato a visitare con regolarità il sito www.bene.it per prendere cognizione della più recente ed aggiornata versione dell'Informativa in modo da essere sempre aggiornato sui Dati Personali raccolti e sull'uso che ne fa la Società.

9 DEFINIZIONI

- 1) «**dato personale**»: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;
- 2) «**trattamento**»: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;
- 3) «**titolare del trattamento**»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;
- 4) «**responsabile del trattamento**»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;
- 5) «**destinatario**»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o un altro organismo che riceve comunicazione di dati personali, che si tratti o meno di terzi. Tuttavia, le Autorità pubbliche che possono ricevere comunicazione di dati personali nell'ambito di una specifica indagine conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri non sono considerate destinatari; il trattamento di tali dati da parte di dette Autorità pubbliche è conforme alle norme applicabili in materia di protezione dei dati secondo le finalità del trattamento;
- 6) «**terzo**»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'Interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'Autorità diretta del titolare o del responsabile;
- 7) «**consenso dell'interessato**»: qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'Interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento;
- 8) «**violazione dei dati personali**»: la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.



Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit
Sede Legale e Direzione Generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964
Capitale sociale 25.199.000 euro i.v.

www.bene.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016

Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180