



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA n. 5258/02
CANALE WEB

DEFINIZIONI:

Aderente: la persona fisica che aderisce alla Polizza.

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

Assicuratore/Compagnia: Cardif Assurances Risques Divers, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, PEC cardifrd@pec.cardif.it, Capitale Sociale di Euro 16.875.840,00, P. IVA., C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500153, R.E.A. n°1254536, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

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

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

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

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

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. con sede legale in via Vittorio Veneto,119 – 00187 Roma iscritta al n. D000201446 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. 209 del 2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, che stipula le Polizze per conto dei propri clienti titolari di un conto corrente concesso dalla stessa Contraente e che propone l'adesione alla copertura su incarico delle Compagnia.

Data di Decorrenza: data indicata sul Modulo di Adesione dalla quale la Polizza è efficace.

Firma elettronica: utilizzo abbinato di PIN e OTP ossia l'insieme dei dati in forma elettronica, allegati oppure connessi tramite associazione logica ad altri dati elettronici, utilizzati come metodo di autenticazione informatica. In particolare, l'utilizzo abbinato di PIN e OTP, strumenti sui quali l'utente può conservare un controllo esclusivo, costituisce un'ipotesi di firma elettronica avanzata. Pertanto consente l'identificazione del firmatario del Modulo di adesione alla Polizza con esso sottoscritto, garantisce la connessione univoca del contratto di assicurazione al firmatario medesimo, nonché la possibilità di rilevare se lo stesso contratto sia stato successivamente modificato.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Modulo di Adesione: documento da sottoscrivere ai fini dell'accesso alle coperture assicurative offerte dall'Assicuratore, in relazione ad eventi che occorrono all'Aderente ovvero anche ai componenti del suo Nucleo Familiare. La sottoscrizione avviene con firma elettronica, tramite inserimento sul sito web della Contraente, nell'area personale e privata dell'Aderente dedicata al prodotto, dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password).

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

OTP (One time password): password numerica fornita tramite lo strumento token. In abbinamento al PIN è utilizzata per la sottoscrizione in forma elettronica del Modulo di Adesione nella sezione dedicata dell'area personale e privata del titolare del sito web della Contraente.

Parti: Aderente/Assicurato, Contraente, Assicuratore.

Pass BNL: dispositivo che permette di effettuare operazioni di Home Banking mediante la generazione di password non intercettabili.

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

PIN (Personal Identification Number): numero di identificazione personale che consente al titolare l'accesso alla propria area personale e privata del sito web della Contraente, nella sezione dedicata di tale area, la sottoscrizione in forma elettronica del Modulo di Adesione alla Polizza. Il PIN è consegnato in busta chiusa e riservata dal Contraente ai propri clienti che abbiano sottoscritto un contratto di conto corrente e un contratto di canalità diretta.



Polizza: la Polizza Collettiva n. 5258/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

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

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

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

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta all'Aderente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'impresa e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del contratto tra le parti.

Modalità di conclusione del contratto

Il presente contratto è concluso con Tecniche di comunicazione a distanza nel rispetto della normativa prevista dal Codice del Consumo. L'adesione al contratto avviene sul sito web della Contraente accedendo all'area personale e privata dell'Aderente/Assicurato e sottoscrivendo in forma elettronica il Modulo di adesione alla Polizza tramite i codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password).

CONDIZIONI

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

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

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

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

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

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

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

- per tutti i componenti il nucleo familiare: la presenza, al momento del Sinistro, nello stato di famiglia dell'Aderente stesso;
- per il solo coniuge convivente o il convivente more uxorio: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, compresa tra 18 ed 64 anni ;

per i soli figli conviventi: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, non superiore a 24 anni e un'età, al momento del Sinistro, superiore ad 1 anno compiuto.



Art. 3 – Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie e disdetta

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

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

Art. 3.3 In caso di mancato pagamento annuale del Premio relativamente all'annualità successiva alla prima ovvero delle rate di Premio mensili successive al primo addebito del Premio (in caso di pagamento mensile del Premio), l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di quanto dovuto.

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

Art. 3.4 La copertura assicurativa ha una durata annuale. Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da inviarsi all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviarsi a: Cardif Assurances Risques Divers – Back Office Protection – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano ovvero compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente (farà fede il relativo timbro postale ovvero la data di sottoscrizione apposta sul modulo).

Il diritto di disdetta può altresì essere esercitato sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Aderente, tramite l'inserimento dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura di disdetta.

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

- alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno di età dell'Aderente;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza annuale successiva ove sia stato corrisposto un Premio unico annuale o alla prima scadenza mensile successiva in caso di Premio frazionato mensile fatta salva la modifica di tale conto con altro intrattenuto presso la Contraente;
- in caso di decesso dell'Aderente.

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

Art. 4 – Diritto di recesso dell' Aderente

Art. 4.1 L' Aderente può recedere dall'assicurazione entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza con le seguenti modalità:

- mediante la sottoscrizione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente; ovvero
- dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (farà fede il relativo timbro postale) da inviarsi a: Cardif Assurances Risques Divers – Back Office Protection – Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano; ovvero
- sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Assicurato, tramite l'inserimento dei codici personali PIN (Personal Identification



Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura di recesso.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata o del modulo disponibile presso le filiali della Contraente ovvero ancora dalle ore 24.00 del giorno di inserimento del recesso tramite la sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata sul sito web della Contraente.

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

Art. 5 – Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Art. 5.1 - Indennità da Infortunio

(a) Rischio assicurato

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

(b) Prestazione assicurativa

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

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

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

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

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

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

Art. 5.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

(a) Rischio assicurato

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

(b) Prestazione assicurativa

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

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



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

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

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

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

(a) Rischio assicurato

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

(b) Periodo di Franchigia

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

(c) Periodo di Carenza

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

(d) Prestazione assicurativa

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

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

Art. 6 – Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) **dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende;**
- b) **sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;**
- c) **azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- d) **infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;**
- e) **interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;**
- f) **cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;**
- g) **sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;**
- h) **infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali**



- in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;
- i) infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
 - j) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
 - k) infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
 - l) infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
 - m) infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
 - n) infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;
 - o) infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helsnow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
 - p) ogni lesione non riportata nell'Allegato A;
 - q) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
 - r) ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
 - s) ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
 - t) ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).

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

Art. 7 – Beneficiari delle prestazioni

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

Art. 8 – Premio

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

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

Il primo addebito del premio è effettuato 2 mesi dopo la Data di Decorrenza ed avrà ad oggetto 3 rate mensili di premio (in caso di pagamento mensile del Premio) fatto salvo quanto previsto dall'art. 4 (Diritto di recesso dell'Aderente).

Art. 9 – Clausola di revisione del Premio

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

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

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

L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con le seguenti modalità:

- con comunicazione da inviarsi alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della data di efficacia della



stessa variazione a mezzo di lettera raccomandata AR; ovvero

- sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Assicurato, tramite l'inserimento dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura disdetta.

In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine del periodo di assicurazione annuale per il quale il Premio è stato pagato e nulla sarà più dovuto dall'Aderente per le annualità successive. In ogni caso, prestando la propria adesione alle coperture assicurative l'Aderente concorda che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

Art. 10 – Bonus rinnovo

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

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

Art. 11 – Denuncia di Sinistro

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

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

- scrivendo a "Cardif – Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano".

oppure

- inviando un fax al numero 02.30329810.

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

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

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

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

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



Art. 12 – Liquidazione dei sinistri

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

Art. 13 – Legge applicabile e lingua del contratto

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

Il presente contratto di assicurazione è redatto nella lingua italiana. La Compagnia utilizzerà la lingua italiana nelle comunicazioni relative al contratto.

Art. 14 – Collegio dei Medici

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

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

Art. 15 – Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato all'art. 3 (Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie), all'art. 4 (Diritto di recesso dell'Assicurato), all'art. 9 (Clausola di revisione del premio) e all'art. 19 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato **ovvero qualora l'Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.**

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

Art. 16 – Cessione dei diritti

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

Art. 17 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 18 – Foro competente

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



Art. 19 – Reclami

Reclami all'Impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, al seguente recapito: Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza Generale per l'Italia - **Ufficio Reclami** - via Tolmezzo 15 – Palazzo D - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'IVASS

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS al recapito sopraindicato.

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

Il reclamo inviato all'IVASS deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- a) il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- b) l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

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

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

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

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

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

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



“sensibili” il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

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

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

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta “catena assicurativa” (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Compagnia; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo “Titolare”, salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia “Responsabili” dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

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

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

- Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo, 15 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com



**Tabella indennizzi - Allegato A
INDENNITA' DA INFORTUNIO**

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



BACINO

FRATTURA ALI ILIACHE o BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) o DEL PUBE	2.500 €
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6.000 €

TORACE

FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA STERNO	2.500 €
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	500 €

ARTO SUPERIORE (DESTRO o SINISTRO)

BRACCIO

FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	1.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE o SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	5.000 €
FRATTURA EPIFISI DISTALE o INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	4.500 €

AVAMBRACCIO

FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA o PROCESSO STILOIDEO o INCISURA ULNARE)	4.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE o CAPITELLO o COLLO o CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	3.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO o PROCESSO CORONOIDEO o INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	3.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	7.000 €

POLSO E MANO

FRATTURA SCAFOIDE	2.000 €
FRATTURA DEL CARPO (PER CIASCUN OSSO - ESCLUSO LO SCAFOIDE)	200 €
FRATTURA I° METACARPALE	1.500 €
FRATTURA II° o III° o IV° o V° METACARPALE	200 €

FRATTURA DITA

POLLICE (FALANGE PROSSIMALE e/o FALANGE DISTALE)	5.000 €
INDICE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	4.000 €
MEDIO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
ANULARE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
MIGNOLO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.000 €

ARTO INFERIORE (DX o SX)

FRATTURA FEMORE

DIAFISARIA	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA	14.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	12.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE PATELLECTOMIA TOTALE	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE OSTEOSINTESI e CERCHIAGGIO DI ROTULA	1.000 €



PERDITE ED USTIONI

PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	15.000 €
CECITA' MONOCULARE	7.500 €
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.500 €
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3.000 €
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500 €
PERDITA ANATOMICA DI DUE TESTICOLI	8.000 €
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15.000 €
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	20.000 €

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

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

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

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



AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI ANULARE o MIGNOLO	1.200 €
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DI POLLICE	7.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DI CIASCUNA DELLE ALTRE DITA	1.500 €

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE DI COSCIA (al di sopra della metà di coscia o al di sopra di ginocchio)	40.000 €
AMPUTAZIONE TOTALE oppure OLTRE I DUE TERZI PROSSIMALI DI GAMBA (al di sotto del ginocchio)	35.000 €
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE DISTALE	30.000 €
PERDITA DI UN PIEDE	30.000 €
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	15.000 €
PERDITA DELL'ALLUCE	8.000 €
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	4.000 €
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	200 €