

NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione Infortuni della famiglia

ai sensi dell'art. 185 del D.Lgs. 07.09.2005 n. 209
e dell'art. 33 del Reg. ISVAP 26/05/2010 n. 35

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2011

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

L'impresa di assicurazione è RSA, Sun Insurance Office Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via M. Piaggio 1 – 16122 Genova.

RSA è una Società di Assicurazioni fondata nel 1710 con sede legale nel Regno Unito: St. Mark's Court, Chart Way, Horsham, West Sussex RH 12 1XL.

Recapito telefonico per l'Italia: 010.8330.1

Telefax per l'Italia: 010.884989

Sito internet: www.rsagroup.it

Indirizzo di posta elettronica: contatta@it.rsagroup.com

La Compagnia è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dei rami danni con D.M. del 22 giugno 1925 (G.U. del 3-7-1925, n. 152), REA di Genova 74665 ed è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione ISVAP n. I.00002, operante in Italia in regime di stabilimento.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il capitale sociale della Compagnia ammonta a GBP 44.400.000,00 e le riserve patrimoniali ammontano a GBP 62.200.000,00.

Il patrimonio netto ammonta a GBP 106.600.000,00.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni come da ultimo bilancio approvato è pari a 1,47.

Si precisa che l'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza: il contratto prevede il **tacito rinnovo**. Per quanto attiene alle **modalità di disdetta** della copertura assicurativa, si fa presente che:

- la disdetta andrà inviata a mezzo raccomandata alla Compagnia almeno 30 giorni prima della naturale scadenza della Polizza medesima;
- in mancanza di disdetta, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un anno e così successivamente;

Si fa in ogni caso presente che il contratto, in mancanza di disdetta, verrà tacitamente rinnovato.

Per ulteriori informazioni circa le modalità di disdetta, si rinvia all'Articolo 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per un costante aggiornamento in merito a eventuali variazioni delle informazioni contenute nel presente fascicolo informativo non dipendenti da innovazioni normative, si fa espresso rinvio al sito internet della Compagnia (www.rsagroup.it).

3. Coperture assicurative offerte

L'assicurazione vale per gli **infortuni extra professionali e del**

tempo libero occorsi alle persone che, alla data del sinistro, risultano iscritte nello Stato di famiglia del Contraente.

L'assicurazione può essere prestata anche a favore di eventuali altri familiari conviventi, non compresi nello Stato di famiglia del Contraente, a condizione che siano indicati nel frontespizio di polizza.

Per ulteriori informazioni in merito alla copertura assicurativa offerta e per esempi di infortuni extra professionali e del tempo libero, si rinvia all'Articolo 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per le persone assicurate facenti parte del nucleo familiare, la garanzia è prestata complessivamente per i **capitali indicati nel frontespizio di polizza** sulla base della combinazione prescelta. I capitali assicurati per ciascuna persona si ottengono dividendo i capitali complessivi per il numero delle persone assicurate.

Per ulteriori informazioni in merito ai capitali assicurati, si rinvia all'Articolo 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le **garanzie complementari**, prestate nei limiti delle somme assicurate relative alla combinazione scelta, sono:

- **Indennità da ricovero per infortunio.**
La Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza. L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 250 giorni, anche non consecutivi, per ogni ricovero e per anno assicurativo. Sono inoltre previste, a determinate condizioni, indennità in caso di ricovero in regime di Day Hospital e di convalescenza. Si rinvia all'Articolo 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione per aspetti di maggiore dettaglio.
- **Rimborso spese mediche per infortunio.**
La Compagnia rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza a tale titolo, **per ogni sinistro e per anno assicurativo**, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:
 - **in caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico -**
 - a) gli onorari dei medici chirurgici;
 - b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
 - d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali**), effettuate nel periodo di ricovero e **sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;**

- e) le rette di degenza, **esclusa ogni spesa di natura alberghiera;**
- f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **entro il limite del 10% della somma assicurata;**
- **in caso di sinistro senza ricovero -**
- a) gli onorari dei medici chirurghi;
- b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
- c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
- d) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, **entro il limite del 10% della somma assicurata con il massimo di € 500,00.**

Si rinvia all'Articolo 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione per aspetti di maggiore dettaglio.

Avvertenza: la copertura assicurativa prevede delle specifiche ipotesi di **esclusione di validità.**

Si segnalano le seguenti, a titolo esemplificativo, rimandando poi, per ulteriori informazioni circa le esclusioni sulla copertura assicurativa, all'Articolo 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) **dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dall'art. 12);**
- b) **da abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;**
- c) **da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- d) **da guerra (salvo quanto previsto dall'art 16), insurrezioni, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;**
- e) **dalla partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- f) **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).**

Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- g) **nell'esercizio di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;**
- h) **nell'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il grado**

terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, canoa fluviale e rafting, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby e football americano, tuffi controllati da corda elastica, speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), immersione con autorespiratore;

- i) **nell'esercizio dei seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, sci, sport equestri, pallavolo, pallamano, pallacanestro, tennis, atletica leggera, ginnastica, pentathlon moderno, triathlon, tuffi, hockey nelle sue varie forme, praticati a livello professionistico e semi professionistico; sono inoltre esclusi i suddetti sport svolti – in occasione della partecipazione a competizioni o relative prove ed allenamenti – sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, comunque, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione. Pertanto è compresa la pratica dei suddetti sport svolti esclusivamente a carattere ricreativo.**

Inoltre, ai sensi dell'Articolo 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione non è operante, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, per le **persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.**

Avvertenza: ai sensi dell'Articolo 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione, **la copertura può essere prestata alle persone di età compresa tra i 3 e gli 80 anni.** L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Avvertenza: per informazioni di dettaglio circa la presenza di **franchigie e limiti di indennizzo**, si rinvia alle disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione, in particolare agli Articoli 25, 26, 27, 28 e 29. Si riporta qui di seguito un **esempio numerico** di come, in concreto, la franchigia operi in riferimento alle garanzie sottoriportate.

INVALIDITÀ PERMANENTE**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 100.000

Invalidità permanente accertata= 3%

- non viene corrisposto alcun indennizzo, in quanto la percentuale della lesione rientra nella franchigia contrattuale, pari al 3%

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 250.000

Invalidità permanente accertata= 10%

- fino ad € 100.000 viene liquidata l'eccedenza alla franchigia del 3%: $100.000 \times 7\%$ (10% - 3% di franchigia) = € 7.000;
- da € 100.000 ad € 200.000 viene corrisposta l'eccedenza al 5%: $100.000 \times 5\%$ (10% - 5% di franchigia) = € 5.000;
- da € 200.000 ad € 250.000 non viene corrisposto nulla, in quanto la lesione rientra nella franchigia contrattuale, pari al 10%.

Totale complessivo: € 12.000

CASO C

SOMMA ASSICURATA = € 250.000

Invalidità permanente accertata= 25%

- fino ad € 100.000 viene liquidato l'intero importo, senza applicazione di franchigia, poiché l'invalidità accertata supera il 20% della totale: $100.000 \times 25\%$ = € 25.000;
- da € 100.000 ad € 200.000 viene liquidata l'eccedenza al 5%: $100.000 \times 20\%$ (25% - 5% di franchigia) = € 20.000;
- da € 200.000 ad € 250.000 viene liquidata l'eccedenza al 10%: $50.000 \times 15\%$ (25% - 10% di franchigia) = € 7.500.

Totale complessivo: € 52.500

INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNIO**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 50

2 giorni di ricovero

- 2 giorni x € 50 = € 100

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 50

20 giorni di ricovero ed altri 15 giorni (max) di indennità di convalescenza post ricovero valutata al 75%

- 20 giorni x € 50 = € 1.000 (indennità da ricovero);
- 15 giorni x € 37,5 = € 562,50 (indennità post ricovero)

Totale indennizzo = € 1.562,50

DAY HOSPITAL

SOMMA ASSICURATA PER INDENNITÀ

DA RICOVERO = € 50

I giorni di Day Hospital (max 15 giorni) sono liquidati al 50% rispetto al normale ricovero.

CASO A

2 giorni di Day Hospital

- 2 giorni x € 25 = € 50

CASO B

20 giorni di Day Hospital

- liquidati 15 giorni x € 25 = € 375

SPESE MEDICHE**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 10.000

L'assicurato sostiene spese mediche, senza ricovero, per € 1.500 di cui € 600 per spese inerenti un trasporto in ambulanza.

Nel caso di sinistro senza ricovero, è previsto un rimborso per le spese di trasporto in ambulanza fino al 10% della somma assicurata con il massimo di € 500

Rimangono a carico dell'assicurato: $600 - 500 = € 100$

Complessivamente: 900 (spese mediche) + 500 (spese di trasporto) = € 1.400

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 10.000

L'assicurato sostiene spese mediche, con ricovero, per € 3.000 di cui € 800 per spese inerenti un trasporto in ambulanza

Nel caso di sinistro con ricovero, è previsto un rimborso per le spese di trasporto, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, nel nostro caso in ambulanza, fino al 10% della somma.

In questo caso contrariamente al caso "senza ricovero" non è previsto il limite di € 500.

 $10.000 \times 10\% = € 1.000$ (importo massimo rimborsato per trasporti)

Le spese vengono pertanto integralmente rimborsate.

Complessivamente: $2.200 + 800 = € 3.000$

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per ulteriori informazioni circa gli effetti delle dichiarazioni false o reticenti, si rinvia all'Articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: fatte salve le specifiche ipotesi di nullità disciplinate dalla legge, tra cui i casi di dolo o colpa grave, non sono previste altre ipotesi specifiche di nullità.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Avvertenza: il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale al diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Per esempio, costituisce ipotesi di aggravamento del rischio il sopravvenire di gravi stati patologici. Per ulteriori informazioni circa le modalità di comunicazione e le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione, si rinvia agli Articoli 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Non essendo assicurato il rischio professionale, le variazioni nella professione non comportano alcuna conseguenza.

6. Premi

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Fatte salve eventuali limitazioni all'utilizzo di uno o più dei mezzi di pagamento espressamente evidenziate dall'Intermediario, si precisa che la Compagnia accetta pagamenti che vengano effettuati per il tramite dei seguenti mezzi di pagamento: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Compagnia, oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico o altri mezzi di pagamento bancario o postale, tra cui a titolo meramente esemplificativo il vaglia postale; c) qualsiasi altro sistema di pagamento elettronico (POS o Carta di Credito); d) denaro contante, per premi di importo non superiore a quanto previsto dalla normativa vigente, al momento della sottoscrizione della polizza.

Qualora la polizza, di durata annuale (o poliennale), preveda il frazionamento semestrale del premio, questo, essendo unico ed indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del contratto nel corso del primo semestre, **il Contraente è tenuto a corrispondere la seconda rata del premio stesso.**

Per la descrizione dettagliata delle modalità di pagamento del premio, si rinvia all'Articolo 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non sono previsti adeguamenti del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Compagnia ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. **La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.**

Per ulteriori informazioni circa le specifiche modalità di recesso, si rinvia all'Articolo 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è sottoposto alla legge italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. In particolare, l'aliquota applicata è pari al **2,50%**.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto, devono darne **avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza**, a deroga del termine previsto dall'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere **corredata da certificato medico** e deve contenere **l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento**, nonché una **dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.**

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi 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.

Per ulteriori informazioni circa gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative, si rinvia all'Articolo 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per ulteriori informazioni in merito alle spese di accertamento del danno e per visite mediche si rinvia all'Articolo 30 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere **inoltrati per iscritto** alla Compagnia:

RSA - Sun Insurance Office Ltd. - Ufficio Reclami - Via Martin Piaggio 1 - 16122 Genova - telefax 010.8330703 - e-mail: ufficio.reclami@it.rsagroup.com.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro **nel termine massimo di quarantacinque giorni**, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Resta ovviamente salva la facoltà per l'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria, ove ne ricorrano i presupposti, per la tutela dei propri diritti.

In alternativa, i reclami possono essere indirizzati presso la sede legale sita nel Regno Unito: St. Mark's Court, Chart Way, Horsham, West Sussex RH 12 1XL attraverso lettera raccomandata A/R.

L'autorità straniera deputata a ricevere tali reclami è la Financial Service Authority (FSA).

14. Arbitrato

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, sulla durata del ricovero o sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Articolo 22 delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono demandate per iscritto ad un **Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici** avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

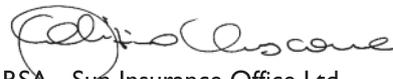
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Avvertenza: resta ovviamente salva la facoltà dell'Assicurato di adire direttamente la via giudiziaria.

RSA – Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale
Dr. Fabrizio Moscone
Chief Executive Officer



RSA - Sun Insurance Office Ltd.
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

GLOSSARIO

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato precisato qui di seguito. Per tutto quanto non espressamente richiamato nel presente glossario, si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Aeromobile:

macchina per il trasporto aereo di persone o cose, come definita dalle norme vigenti.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Attività professionale:

quella remunerata, principale o secondaria, svolta con carattere continuativo e/o abituale.

Beneficiario:

gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Compagnia:

RSA – Sun Insurance Office Ltd., Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.

Contraente:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Day Hospital:

la degenza senza pernottamento presso un Istituto di cura.

Franchigia:

la parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali per conseguenza diretta ed esclusiva abbiano determinato la morte o un'invalidità permanente.

Infortunio extra professionale e del tempo libero:

l'evento di cui alla definizione di infortunio verificatosi durante lo svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

Infortunio professionale:

l'evento di cui alla definizione di infortunio verificatosi durante lo svolgimento delle proprie attività professionali.

Intermediario:

l'Agenzia di assicurazioni o il mediatore di assicurazioni (broker) abilitati alla vendita ed alla gestione della polizza.

Invalidità permanente:

la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, **indipendentemente dalla sua professione.**

Istituto di cura:

l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura o l'istituto universitario, convenzionati e non con il Servizio Sanitario Nazionale, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati, compreso il day hospital. **Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

Nucleo familiare:

le persone iscritte nello Stato di famiglia del Contraente come risulta dal certificato rilasciato dal suo Comune di residenza al momento del sinistro (Contraente compreso).

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero:

la degenza con pernottamento presso un Istituto di cura.

Sforzo:

impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.

Sinistro:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.