

**ASSICURAZIONE
CUMULATIVA INFORTUNI
GENERICA**

ITALIANA
Assicurazioni

Condizioni Contrattuali

- Al presente contratto si applica la legge italiana.
L'esame di eventuali reclami in merito al contratto assicurativo è di competenza dell'ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - con sede in Via V. Colonna, 39 - 00139 ROMA (ITALIA).

Nel testo che segue, si intendono per:

- **"Assicurazione"**:
il contratto di assicurazione;
- **"Polizza"**:
il documento che prova l'assicurazione;
- **"Contraente"**:
il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;
- **"Assicurati"**:
le persone il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **"Società"**:
l'Impresa assicuratrice;
- **"Premio"**:
la somma dovuta dal contraente alla Società;
- **"Rischio"**:
la probabilità che si verifichi il sinistro;
- **"Sinistro"**:
il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **"Indennizzo"**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;



**NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE IN GENERALE****Art. 1 - Dichiarazioni relative alle
circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ..

Art. 2 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ..

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 cod. civ.) con rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 - Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può far cessare l'assicurazione relativa all'infortunato o anche recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante raccomandata spedita almeno due mesi prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Competenze territoriale

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'art. 34 il Foro Competente, a scelta della parte attrice, è quella del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

**NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE INFORTUNI****Art. 12 - Definizione d'infortunio -
Delimitazione dell'assicurazione**

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta od esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza e nello svolgimento di ogni normale altra attività della vita comune che non abbia carattere professionale.

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti dall'uso, in qualità di passeggero e dalla guida di autoveicoli (art. 54 Nuovo Codice della Strada) motoveicoli (art. 53 N.C.S.) e imbarcazioni da diporto, nonché dalla guida di ciclomotori (art. 52 N.C.S.), trattrici agricole (art. 57 N.C.S.), purchè l'Assicurato, se alla guida, sia

abilitato a norma delle disposizioni in vigore.

È compreso l'uso dei mezzi di locomozione pubblici salvo le esclusioni di cui all'art. 13.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia fortuita causata da fuga di gas o di vapore; gli avvelenamenti acuti e fortuiti da ingestione di cibo o altre sostanze; le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse, per queste ultime, quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni (esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche e le rotture sottocutanee dei tendini) determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che:
 - qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà considerata soltanto un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente totale - qualora l'ernia sia operabile verrà corrisposta soltanto l'indennità per inabilità temporanea se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni - qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 34;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad imprese temerarie compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; - gli infortuni derivanti dalla pratica di sports comuni tranne le esclusioni di cui al successivo art. 13; la pratica dello sci è valida anche su ghiacciai purchè nell'ambito delle piste delimitate e servite da impianti di risalita.

Art. 13 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dal successivo art. 15);
- 2) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 3) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di

veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;

- 4) da corse e gare di altri sports, salvo che si tratti di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, scherma, tennis, tiro alla fune, pelota, gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- 5) dall'abuso di alcoolici o psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 8) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 9) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione;
- 10) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

Art. 14 - Limite di risarcimento

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 1.100.000 (L. 2.129.897.000) intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto.

Art. 15 - Assicurazione infortuni dei rischi volo come passeggeri

N.B. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Turismo, Trasferimento e Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

La somma dei capitali assicurati dalla presente ed altre

assicurazioni infortuni comuni cumulative, che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato e da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- per il caso di morte:
 - € 1.100.000 (L. 2.129.897.000) per persona e € 5.165.000 (L. 10.000.834.550) per aeromobile
- per il caso di invalidità permanente totale:
 - € 1.100.000 (L. 2.129.897.000) per persona e € 5.165.000 (L. 10.000.834.550) per aeromobile
- per il caso di inabilità temporanea assoluta:
 - € 260 (L. 503.430) per persona e € 5.200 (L. 10.068.604) per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative, che includano il rischio volo, stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi predetti, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare sommate, detti limiti.

Salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

Eventuali aumenti dei predetti limiti devono essere preventivamente concordati con la Società.

La Società dichiara che il premio relativo:

- alla estensione di cui alla presente garanzia è pari al 2% (dueper cento) del totale del premio imponibile della garanzia infortuni;
- ai capitali eccedenti quelli indicati al quinto capoverso del presente articolo sarà quello applicato ai livelli correnti del mercato delle assicurazioni aeronautiche.

Art. 16 - Variazioni nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state affidate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte dell'attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. Nel caso di fusione della Società Contraente il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nel caso di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella

sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla fine della liquidazione. Le variazioni sopraindicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa entro trenta giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di quindici giorni.

Art. 17 - Variazioni nelle persone assicurate

L'Assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice al contratto. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice purchè sia stato pagato il maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione dei singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio, a decorrere dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 18 - Servizio Militare

L'assicurazione vale altresì durante il servizio di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, con esclusione della garanzia del caso di inabilità temporanea e ferme le esclusioni di polizza.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio posteriore all'inizio del servizio di cui sopra, il Contraente ha facoltà di chiedere la sospensione dell'assicurazione per l'Assicurato interessato fino al termine del servizio medesimo.

Art. 19 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 cod. civ. verso i civilmente responsabili (salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 32).

Art. 20 - Limite d'età. Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo,

tossicodipendenze o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenie, forme maniacodepressive o psicosi in genere.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste.

Il premio medesimo verrà perciò restituito dalla Società.

Art. 21 - Variazione di rischio - Cambiamento dell'attività professionale o delle relative condizioni di esercizio

Qualora nel corso del contratto si verifichi per gli Assicurati un cambiamento dell'attività professionale dichiarata o delle relative condizioni di esercizio, il Contraente deve darne comunicazione scritta alla Società (ved. art. 4 delle Condizioni Contrattuali).

In tal caso (qualora il Contraente ne abbia dato comunicazione):

- a) se la variazione implica aggravamento di rischio la Società ha la facoltà entro un mese dalla comunicazione, di recedere dal contratto, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposita appendice; i sinistri che si verifichino nel periodo intercorrente tra la data della comunicazione del Contraente e la data della eventuale comunicazione di recesso da parte della Società verranno liquidati integralmente senza applicazione di proporzionale, salvo che si tratti di rischio escluso o di persona non assicurabile a norma delle Condizioni Contrattuali);
- b) se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio scadenti successivamente alla comunicazione del Contraente (art. 1897 cod. civ.) rinunciando al diritto di recesso;
- c) se la variazione non comporta nè aggravamento nè diminuzione del rischio, l'assicurazione prosegue senza mutamenti.

In caso contrario, la mancata comunicazione da parte del Contraente delle circostanze suddette potrà comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

La determinazione di tale perdita e la valutazione dell'aggravamento, diminuzione od equivalenza del rischio verranno effettuate con riferimento alle voci della Tariffa Aziendale in vigore al momento del sinistro, ferme tutte le esclusioni previste dalle Condizioni Contrattuali).

Art. 22 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 cod. civ..

Qualora la somma assicurata con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto dell'indennizzo.

Art. 23 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

L'inabilità temporanea, per i sinistri verificatisi al di fuori dei territori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, è indennizzabile:

- per i paesi extraeuropei, limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero e senza franchigia; se non vi è ricovero, non verrà liquidato alcun indennizzo;
- per i paesi dell'Europa, con una franchigia assoluta di sette giorni se non vi è ricovero ospedaliero; qualora vi sia ricovero la diaria verrà liquidata senza franchigia.

Le limitazioni suddette cessano dalle ore 24 del giorno di rientro in Italia.

In tutti i casi restano comunque ferme eventuali franchigie pattuite in polizza.

Gli accertamenti e le liquidazioni dei danni avverranno sempre in Italia e in EURO.

Art. 24 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

Nel caso di inabilità temporanea, diaria gesso o indennità post-ricovero i certificati medici dovranno essere rinno-



vati alle successive scadenze. In mancanza, la liquidazione delle indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.

Le spese relative ai certificati medici e, salvo patto speciale, quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 25 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette od esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, che nessuna influenza abbia esercitato sul determinismo o sul decorso delle lesioni derivate dall'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo quanto stabilito dall'art. 27, lettera A penultimo comma.

Art. 26 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

Qualora non sia stata fatta designazione, la somma assicurata sarà corrisposta al coniuge, ai figli e, se vivevano a carico dell'Assicurato, ai parenti entro il terzo grado e agli affini entro il secondo grado, e si applicano i criteri di ripartizione di cui all'art. 2122 del cod. civ. In mancanza delle predette persone, la somma verrà attribuita secondo i criteri della successione testamentaria o legittima.

Art. 27 - Invalidità permanente

A) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del

contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, qualora i postumi siano già stabilizzati la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni e percentuali seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

	destro	sinistro
perdita totale:		
di un arto superiore	70%	60%
della mano o dell'avambraccio	60%	50%
di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
di un piede	40%	40%
di ambedue i piedi	100%	
del pollice	18%	16%
dell'indice	14%	12%
del mignolo	12%	10%
del medio	8%	6%
dell'anulare	8%	6%
di un alluce	5%	
di ogni altro dito del piede	3%	
Per la sordità completa:		
di un orecchio	10%	
di ambedue gli orecchi	40%	
Per la perdita totale della facoltà visiva:		
di un occhio	25%	
di ambedue gli occhi	100%	
Inoltre per:		
perdita di un rene	15%	
perdita della milza	8%	
stenosi nasale bilaterale	10%	
esiti frattura scomposta di 1 costa	1%	
esiti frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12° dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		

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

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per

l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari eredi od aventi causa. Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennità per invalidità permanente sia stata liquidata o comunque offerta in una misura determinata, la Società paga alle persone indicate all'art. 26 l'importo liquidato od offerto.

B) Franchigia su invalidità permanente:

- sulla parte della somma assicurata fino a € 78.000 (L. 151.029.060):

l'indennizzo per invalidità permanente è dovuto senza applicazione di alcuna franchigia;

- sulla parte della somma assicurata oltre € 78.000 (L. 151.029.060) e fino a € 155.000 (L. 300.121.850):

a) per invalidità permanente pari o inferiore al 5% non è dovuto alcun indennizzo;

b) per invalidità permanente superiore al 5% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 5%;

- sulla parte della somma assicurata oltre € 155.000 (L. 300.121.850):

a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;

b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

Art. 28 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;

b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio e fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità; in caso di ritardo della denuncia l'indennità decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Si rinvia a quanto previsto dal 3° comma dell'art. 24.

Qualora sia convenuta una franchigia, la stessa decorre dal giorno successivo a quello della denuncia stessa, restando inteso che l'indennità per inabilità temporanea sarà corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia; resteranno esclusi dal pagamento i casi guariti entro il periodo stesso.

Art. 29 - Diaria per applicazione di apparecchio gessato

Qualora l'infortunio comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la Società liquida la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato - o a quello della denuncia se questa è fatta in ritardo - per il periodo della immobilizzazione, ma non oltre 40 giorni per ogni infortunio.

Art. 30 - Indennità giornaliera per degenza in istituto di cura a seguito di infortunio

Qualora ne sia stata pattuita in polizza la relativa copertura in caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, verrà corrisposta per un periodo non superiore a 300 giorni, una indennità fissa nella misura indicata in polizza o negli allegati per ogni pernottamento.

Art. 31 - Indennità post-ricovero

Qualora l'Assicurato a seguito di ricovero in Istituto di Cura, che comporti almeno un pernottamento, conseguente a infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, debba trascorrere un periodo di convalescenza domiciliare che gli impedisca totalmente di svolgere la sua normale attività (inabilità totale documentata da certificato medico), verrà corrisposta una indennità fissa giornaliera nella misura indicata in polizza per un periodo massimo di 60 giorni.

Ai fini del computo dell'indennità post-ricovero il primo e l'ultimo giorno di inabilità temporanea totale si considerano giorno unico.

Art. 32 - Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese effettivamente sostenute:

- a) in caso di ricovero per:
- accertamenti diagnostici e onorari medici prima del ricovero;
 - degenza in istituto di cura a titolo di assistenza medica, infermieristica, rette di degenza, medicinali e terapie varie, esami, onorari della équipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi);
- b) dopo il ricovero o se non vi è stato ricovero, per:
- accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali in Italia (escluse le spese di natura alberghiera);
 - cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio con il massimo di € 1.100 (L. 2.129.897) per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegate nella protesi.

Le spese sub b) sono rimborsate fino alla concorrenza del 20% del massimale assicurato con il presente articolo, con una franchigia di € 25 (L. 48.406) per ogni infortunio.

- c) per il trasporto dell'Assicurato all'ambulatorio o all'istituto di cura o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonchè in ambulanza - se necessaria - per il rientro al domicilio: il tutto entro il limite del 10% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura, ma

con il massimo di € 520 (L. 1.006.860);

- d) per interventi di carattere estetico fino alla concorrenza del 20% del massimale assicurato con il presente articolo, con il massimo di € 1.100 (2.129.897)

Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi, valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'art. 24.

Il rimborso viene effettuato dalla Società ad avvenuta guarigione clinica, su presentazione in originale da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevuta del farmacista o dell'ambulatorio, conto dell'ospedale o clinica e simili).

Art. 33 - Cumulo di indennità

L'indennità per degenza in istituto di cura, la diaria per inabilità temporanea e il rimborso delle spese di cura sono cumulabili fra loro; la diaria per inabilità temporanea, la diaria gesso e l'indennità post-ricovero non sono fra loro cumulabili. Tutte le precedenti prestazioni sono cumulabili con quella per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, alle altre persone indicate all'art. 26, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 34 - Controversie - arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, sulla pertinenza del rimborso spese di cura, sulla pertinenza o durata dell'indennità di degenza o post-ricovero, nonchè sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 25, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, possono essere demandate per iscritto 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 ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne

riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 35 - Recesso dal contratto e anticipata risoluzione

Fermo il disposto dell'art. 7 e della Condizione Specifica di polizza, si precisa che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa, e anche del Contraente qualora sia operante la suddetta Condizione Specifica, a valersi della facoltà di recesso. Negli altri casi di risoluzione anticipata previsti dalla legge o dal contratto spettano alla Società, oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte:

- a) l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.
- b) un importo pari al 20% del premio totale annuo (corrispondente allo sconto per poliennalità di cui si è tenuto conto nella determinazione del premio per polizze di durata poliennale) per ogni anno in cui la polizza è rimasta in vigore, dal cui ammontare si dedurranno tanti decimi per quanti anni la polizza avrà avuto vigore semprechè essa abbia avuto corso almeno per cinque anni.

Art. 36 - Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di sua morte, i beneficiari di cui all'art. 26, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione dei danni derivati dall'infortunio, l'indennità dovuta a sensi di polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detta indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Art. 37 - Persone soggette all'obbligo di legge

La presente polizza non esime dall'obbligo attuale o futuro di stipulare l'assicurazione di legge contro gli infortuni sul lavoro e si intende contratta di comune accordo in aumento a tale assicurazione.

Art. 38 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia.

CONDIZIONI SPECIFICHE

Operanti soltanto per i contratti stipulati da persone fisiche che agiscono per la realizzazione di fini estranei alla propria attività imprenditoriale o professionale.

1) - L'articolo 7 - Recesso in caso di sinistro - delle Condizioni Contrattuali, deve intendersi annullato e sostituito dal seguente:

Nel caso in cui la polizza assicuri anche il caso di inabilità temporanea, dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

2) - L'articolo 14 - Limite di risarcimento - delle Condizioni Contrattuali deve intendersi annullato.

3) - L'articolo 15 - Assicurazione infortuni dei rischi volo come passeggeri - delle Condizioni Contrattuali, deve intendersi annullato e sostituito dal seguente:

N.B. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Turismo, Trasferimento e Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;

- su apparecchi per il volo da diporto sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate sulla scheda di polizza mod. 54040)

A) - Esclusione sforzi ed ernie traumatiche

Su richiesta del Contraente sono escluse dalla garanzia le lesioni determinate da sforzi e le ernie traumatiche addominali; di ciò si è tenuto conto nella determinazione del premio.

B) - Esclusione tumulti popolari

Su richiesta del Contraente sono esclusi gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati; di ciò si è tenuto conto nella determinazione del premio.

C) - Limitazione garanzia "Patente B" e moto fino a 150 cc

Su richiesta del Contraente gli infortuni derivanti dalla guida di mezzi di locomozione specificati nel 3° comma dell'Art. 12 sono limitati a quelli derivanti dalla guida di autoveicoli rientranti nei limiti della patente di categoria B, dalla guida ed uso di motocicli fino a 150 cc. e dalla guida di ciclomotori, di ciò si è tenuto conto nella determinazione del premio.

D) - Adozione delle tabelle di legge

A parziale deroga dell'Art. 27 delle Condizioni Contrattuali, primo comma, la Tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge (vedi allegato modello 54127). Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto Art. 27.

E) - Limitazione della garanzia ai soli infortuni extra professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione od interruzione del rapporto di lavoro la garanzia rimarrà operante sino al 45° giorno dalla data di cessazione o interruzione per gli stessi capitali indicati in polizza.

Trascorso tale termine e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso il normale rapporto di lavoro o instaurato altro rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi con orario fisso, la garanzia si intende prestata per somme pari al 60% di quelle indicate in polizza.

L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

Si precisa che il disposto dall'art. 28 delle Condizioni Contrattuali (inabilità temporanea) si applica tenendo presente che per "occupazione dell'Assicurato" si intende la sua attività extraprofessionale.

F) - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale per gli infortuni che dovessero verificarsi soltanto in esplicazione delle attività professionali specificate nella presente polizza e disimpegnate per conto del Contraente. È escluso il rischio "in itinere".

G) - Rischio "in itinere"

Ad integrazione della precedente lettera F, la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo necessario a compiere il tragitto, anche con l'uso di mezzi di locomozione previsti dal contratto, dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa, comunque verificatisi entro un'ora dall'inizio o dal termine dell'orario di lavoro.

H) - Esonero dalla denuncia di infermità pregresse

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonchè le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Viene tuttavia confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolate dalle Condizioni Contrattuali.

I - Clausola di indicizzazione (operante qualora venga indicato "SI" nella corrispondente casella della scheda di polizza)

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, il contratto è indicizzato e pertanto si adegua secondo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

1) al termine "INDICE": l'indice mensile nazionale dei

prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT;

- 2) al termine "INDICE BASE": l'indice relativo al terzo mese che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
- 3) al termine "NUOVO INDICE": l'indice relativo al terzo mese che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;
- 4) al termine "INDICE DI ACCADIMENTO": l'indice relativo al terzo mese che precede la data in cui si è verificato il sinistro;

si conviene che:

- a) i valori ed i limiti delle prestazioni espressi in EURO, escluse le franchigie, saranno adeguati ogni mese; pertanto, in caso di sinistro, si procederà alla valutazione del danno con riferimento a tali parametri rivalutati in relazione al rapporto tra "INDICE DI ACCADIMENTO" e "INDICE BASE";
- b) il premio di polizza è invece aumentato solamente ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "NUOVO INDICE" e "INDICE BASE", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".

Le Parti potranno rinunciare all'applicazione della presente clausola mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del premio, semprechè siano state pagate almeno tre annualità. In caso di rinuncia all'indicizzazione la polizza continua ad essere in vigore con il premio, i valori ed i limiti delle prestazioni raggiunti alla scadenza dell'annualità in corso.

Si precisa che:

- sono soggetti di adeguamento i limiti oltre i quali si applicano le franchigie;
- per gli infortuni aeronautici ("rischi volo") non sono soggetti ad adeguamento i limiti massimi di risposta stabiliti dalle Condizioni Contrattuali.

L) - Liquidazione indennizzo per inabilità temporanea

Su richiesta dell'Assicurato e a guarigione clinica avvenuta, l'indennizzo per inabilità temporanea può essere liquidato separatamente anche prima della stabilizzazione di eventuali postumi di invalidità permanente.

Qualora in sede di valutazione del grado di invalidità permanente dovessero emergere motivi di inoperatività della garanzia, l'Assicurato è tenuto a restituire gli importi indebitamente incassati entro 15 giorni dalla formale richiesta della Società.

M) - Rischi sportivi

Il punto 4) dell'art. 13 - Esclusioni - delle Condizioni Contrattuali, si intende annullato e sostituito dal seguente:

"da corse e gare di altri sports, salvo che si tratti di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, scherma, tennis, pallavolo, tiro alla fune, pelota, gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo o comunque svolto o organizzate non sotto l'egida di Federazioni Sportive".

Per tale estensione di garanzia il Contraente corrisponde il soprappremio stabilito.