

polizza
INFORTUNI
CUMULATIVA

“PARTE A” EDIZIONE 01/01/2002

INDICE

Definizioni	pag. 1
Norme contrattuali comuni .	pag. 2
Condizioni generali	
di Assicurazione (C.G.A.) . .	pag. 3
Condizioni particolari . . .	pag. 9



DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

COMPAGNIA E/O SOCIETÀ

Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A.

CONTRAENTE

La persona che stipula la polizza.

ASSICURATO

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

POLIZZA

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Compagnia.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capa-

cià ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

SFORZO

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

INGESSATURA

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

1. NORME CONTRATTUALI COMUNI

1.1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

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 quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

1.3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Compagnia presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

1.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

1.5 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1397 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

1.7 TACITA PROROGA DELLA POLIZZA

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 2 mesi prima della scadenza, la polizza è prorogata per un anno, e così successivamente di anno in anno.

1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia può recedere dall'assicurazione con preavviso di 15 giorni.

In tale caso la Compagnia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

1.9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.10 FORO COMPETENTE

A scelta della Parte attrice, per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

1.11 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A.)

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dalla Compagnia, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

2.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto 2.22 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

2.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata da agenzie di viaggio a favore della clientela.

2.4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

2.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

2.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 2.3 (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autospiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 2.4 (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

2.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Compagnia nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata è affetta da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Compagnia nel momento in cui si dovessero verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.10 CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Nell'ipotesi che, nel corso del contratto, si verifichi un cambiamento delle attività professionali dichiarate, si applicano i punti **1.4** e **1.5** (aggravamento/diminuzione del rischio) e pertanto:

- se il cambiamento implica aggravamento di rischio, la Compagnia ha facoltà di recedere dal contratto salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposita appendice;
- se invece il cambiamento implica diminuzione di rischio, la Compagnia provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza di premio successiva, comunicando al Contraente le varianti intervenute e l'entità del nuovo premio ridotto;
- se infine il cambiamento dell'attività non comporta né aggravamento, né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue senza alcuna variazione.

2.11 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

2.12 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto **2.22** (invalidità permanente).

2.13 CUMULO DI INDENNITÀ

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, 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.

2.14 ESONERO

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto **2.9** (persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

2.15 CONTROVERSIE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto **2.12** (criteri di indennizzabilità) sono mandate 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, 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.

2.16 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

2.17 RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile

responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) di cui al punto **2.19** (morte) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Compagnia da parte del Contraente.

2.18 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 3.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RELATIVE AL CASO MORTE

2.19 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Compagnia liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

2.20 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.21 COMMORIENZA

Se il medesimo evento indennizzabile a termini di polizza, esclusa in ogni caso l'ipotesi prevista al punto **2.3** (rischio volo), provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota parte spettante ai figli handicappati (intendendosi per tali le persone riconosciute invalidi civili nella misura pari o superiore al 75%) o minori, alla data del sinistro, viene raddoppiata.

Il cumulo delle somme pagate a tale titolo non potrà superare l'importo di € 260.000,00 per ogni soggetto assicurato.

RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

2.22 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera ..	20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7%
- paralisi completa del nervo radiale	35%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A.)

– un altro dito del piede 1%

Per:

– anchilosi dell'anca in posizione favorevole 35%
– anchilosi del ginocchio in estensione 25%
– esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
– esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
– lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio 9%
– anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto ... 10%
– anchilosi della sotto astragalica 5%
– paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%
– esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

– un occhio 25%
– ambedue gli occhi 100%

Per:

– sordità completa di un orecchio 10%
– sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
– stenosi nasale assoluta monolaterale 4%
– stenosi nasale assoluta bilaterale 10%

– esiti di frattura scomposta di una costa 1%
– esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
- una vertebra cervicale 12%
- una vertebra dorsale 5%
- 12^a dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%

– esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
– esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
– postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%

– perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria 15%
– perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

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.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella

tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

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.

2.23 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

2.24 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Sulla parte di somma assicurata fino a € 130.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 3% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Sulla parte di somma assicurata oltre € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Sulla parte di somma assicurata oltre € 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 10% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 25% della invalidità permanente totale, la Compagnia liquiderà l'indennizzo dovuto sui primi € 130.000,00 di somma assicurata senza applicazione di franchigia.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Compagnia liquiderà l'indennizzo dovuto sulla totalità della somma assicurata senza applicazione di franchigia.

RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

2.25 INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle occupazioni dichiara-

te, la Compagnia corrisponderà una indennità giornaliera nei seguenti termini:

- a) il 100% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni medesime;
- b) il 50% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni medesime.

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

2.26 FRANCHIGIA SULLA INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea verrà corrisposta per i giorni eccedenti il periodo di franchigia a decorrere:

- a) dall'ottavo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata non è superiore a € 15,00;
- b) dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è superiore a € 15,00, ma pari o inferiore a € 30,00;
- c) dal sedicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è superiore a € 30,00.

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

2.27 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto **2.15** (controversie);
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

La Compagnia rimborsa inoltre, sino al 10% della somma assicurata e con un massimo di € 1.100,00, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per:

- interventi di chirurgia estetica;

- cure odontoiatriche;

- protesi dentarie.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute e fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro. Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

2.28 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

2.29 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

Per malattia s'intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Se la malattia ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza nel limite massimo di 60 giorni per ogni ricovero su presentazione di cartella clinica.

L'assicurazione entra in vigore:

- dal 30° giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per i casi di ricovero a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal 300° giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per il parto, per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della garanzia di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di effetto della variazio-

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A.)

ne stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri:

- per le cure termali;
- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione;
- per le applicazioni di carattere estetico;
- per le malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- per esami diagnostici quando il ricovero è inferiore a 3 giorni.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

2.30 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 di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, **entro 3 giorni** dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

3. CONDIZIONI PARTICOLARI

Operanti solo se espressamente richiamate nella “PARTE B” del contratto

RELATIVE ALLA POLIZZA IN GENERALE

1 LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

La garanzia s'intende prestata per i soli rischi extra-professionali, della vita privata e della circolazione stradale e cioè per gli infortuni che avvenissero nelle ore non lavorative e durante il tempo in cui l'Assicurato non presta opera retribuita dall'abituale o da altro occasionale datore di lavoro.

2 LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

6 RESCINDIBILITÀ ANNUALE

Le Parti si riservano la facoltà di recedere dal contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto non inferiore a 2 mesi da darsi con lettera raccomandata.

14 ASSICURAZIONE PER I CASI D'INFORTUNIO DEL QUALE IL CONTRAENTE SIA CIVILMENTE RESPONSABILE

La Compagnia assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Compagnia risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi del punto **2.3** delle C.G.A. (rischio volo);
- gli infortunati sono parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
- il Contraente è una società a responsabilità illimitata e gli infortunati sono soci od amministratori della società stessa, ovvero loro parenti o affini stabilmente con loro conviventi.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Compagnia da parte del Contraente.

35 ESTENSIONE DELLE GARANZIE (ALL RISKS)

A parziale deroga del punto **2.7** delle C.G.A. (rischi esclusi) la garanzia comprende tutti gli infortuni fatta eccezione per quelli derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto **2.3** delle C.G.A. (rischio volo);
- b) dalla pratica di paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) da movimenti tellurici;
- e) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto **2.4** delle C.G.A. (rischio guerra all'estero);
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono comunque esclusi:

- g) gli infarti;
- h) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non rese necessarie da infortunio.

Relativamente ai soli rischi esclusi nel punto **2.7** delle C.G.A. (rischi esclusi) e ricompresi con la presente estensione, si precisa che:

- non è operante la garanzia per inabilità temporanea eventualmente prevista in polizza;
- non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente parziale quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente. La presente franchigia per invalidità permanente non si cumula con eventuali altre franchigie presenti in polizza. Qualora esista una franchigia superiore sulla invalidità permanente, quest'ultima sarà operante in sostituzione di quella prevista nella presente condizione particolare.

37 RISCHIO IN ITINERE

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso.

80 REGOLAZIONE PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla comunicazione da parte della

CONDIZIONI PARTICOLARI

Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri verificatisi nel periodo al quale si riferisce la omessa regolazione.

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

RELATIVE AI CASI MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE

47 RADDOPPIO DELL'INDENNITÀ ASSICURATA IN CASO DI MORTE (valido per ogni infortunato e solo se la relativa somma indicata nel contratto è inferiore a € 400.000,00)

La Compagnia, nel limite di esborso massimo complessivo di € 400.000,00 per ogni infortunato, corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte per gli infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove.

Qualora il doppio dell'indennità, comprensivo del capitale base e del raddoppio, superi € 400.000,00, la Compagnia non potrà corrispondere in ogni caso, per ogni infortunato, somme superiori a detta cifra.

Resta fermo in ogni caso il limite catastrofale previsto al punto **2.18** delle C.G.A.

3 RIFERIMENTO ALLA TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dalle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende sostituita con quella di cui all' allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della

Compagnia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella sopra citata, si procederà in base ai parametri previsti al punto **2.22** delle C.G.A. (invalidità permanente).

9 FRANCHIGIA ASSOLUTA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

A deroga del punto **2.24** delle C.G.A. (franchigia sulla invalidità permanente), non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore alla percentuale di franchigia convenuta risultante nell'apposito spazio nella "PARTE B" della polizza. Se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale la Compagnia liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

36 SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Le percentuali di invalidità permanente previste, per le identiche voci, al punto **2.22** delle C.G.A. (invalidità permanente) vengono sostituite dalle seguenti:

perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore	100%
- una mano o un avambraccio	100%
- un pollice	50%
- un indice	50%
- un medio	30%
- un anulare	15%
- un mignolo	15%

per:

- sordità completa di un orecchio	20%
- sordità completa di ambedue gli orecchi	60%
- perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%
- perdita totale della voce	60%

Restano valide le percentuali previste per le altre voci.

75 INVALIDITÀ PERMANENTE SENZA FRANCHIGIA SUI PRIMI € 130.000,00 DI SOMMA ASSICURATA

A parziale deroga del punto **2.24** delle C.G.A. (franchigia sulla invalidità permanente), sulla parte di somma assicurata fino a € 130.000,00 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 5% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 5%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 5%.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 10% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità perma-

nente parziale risulterà superiore al 10%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 10%. Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente parziale risulti pari o superiore al 50% della totale, la Compagnia liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di franchigia.

RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

4 INABILITÀ TEMPORANEA "A TOTALE"

A parziale deroga di quanto previsto al punto **2.25** C.G.A. (inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene liquidata con il 100% della somma assicurata anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni dichiarate.

7 FRANCHIGIA ASSOLUTA SULL'INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA

A deroga del punto **2.26** delle C.G.A. (franchigia sulla inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante nell'apposito spazio nella "PARTE B" della polizza. La franchigia decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio.

76 INABILITÀ TEMPORANEA SENZA FRANCHIGIA PER INDENNITÀ FINO A € 15,00

A deroga del punto **2.26** delle C.G.A. (franchigia sulla inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea decorre dal primo giorno successivo a quello dell'infortunio, purché la somma assicurata non sia superiore a € 15,00.

RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

32 INDENNITÀ PER INGESSATURA

Ad estensione del punto **2.28** delle C.G.A. (indennità di ricovero a seguito di infortunio), qualora in conseguenza di infortunio sia stata applicata una ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità pattuita anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto. L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i 365 giorni.

33 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

Ad estensione del punto **2.28** delle C.G.A. (indennità di ricovero a seguito di infortunio):

– qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata una ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera pattuita anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i 365 giorni;

– qualora l'infortunio non comporti ingessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita per un periodo non superiore ai giorni di ricovero.

La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e documentata con certificazione.

Il periodo di indennizzo comprensivo del ricovero e della convalescenza non potrà superare i 365 giorni.

77 INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRAVI RICOVERI

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 20 giorni, l'indennità giornaliera di ricovero convenuta in polizza:

– è maggiorata del 50% dal 21° al 40° giorno consecutivo di degenza;

– è raddoppiata oltre il 40° giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'Istituto di Cura.

Per il caso di ricovero a seguito di infortunio in reparto di rianimazione o di cura intensiva e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari al doppio della somma convenuta in polizza.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

78 FRANCHIGIA ASSOLUTA SULL'INDENNITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

A parziale deroga delle C.G.A., l'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante nell'apposito spazio nella "PARTE B" di polizza.

RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

79 FRANCHIGIA ASSOLUTA SULL'INDENNITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

A parziale deroga delle C.G.A., l'indennità per ricovero ospedaliero viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante nell'apposito spazio nella "PARTE B" della polizza.