

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto che tutela l'Assicurato dagli infortuni e dalle malattie.

CARIGE *per* TE

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- ◆ **NOTA INFORMATIVA**
- ◆ **GLOSSARIO**
- ◆ **INFORMATIVA PRIVACY**
- ◆ **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni "Rami Elementari" - Polizza CARIGE per TE

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

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 del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

Il contratto è concluso con la società Carige Assicurazioni S.p.A., appartenente al gruppo Banca Carige, avente sede legale in: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano Tel. 02.3076.1 – Telefax. 02.3086.125 – www.carigeassicurazioni.it. La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93), iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00031.

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto è pari ad € 127,7 milioni, di cui capitale sociale € 162,9 milioni e riserve patrimoniali € 48 milioni. L'indice di solvibilità è pari a 1,32 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

DURATA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Le coperture malattia stipulate con durata poliennale non prevedono invece il tacito rinnovo.

COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, sono:

- **Assicurazione Infortuni**

Le garanzie assicurative offerte dal contratto prevedono una copertura per il caso di Infortunio che abbia come conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente o una Inabilità temporanea, secondo quanto previsto dagli Artt. 25, 26 e 28 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

La sopravvenienza in corso di contratto delle affezioni previste dall'Art. 12 – Cessazione dell'Assicurazione delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, determinano l'inoperatività della copertura.

L'Art. 18 - Rischi esclusi delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, sancisce i casi di esclusione di copertura. Le coperture di polizza possono prevedere franchigie e/o scoperti tali da comportare riduzioni di indennizzo secondo quanto previsto dalle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, dalle Condizioni Speciali sempre valide ed operanti e dalle Condizioni Aggiuntive valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza.

Ad esempio, per il caso di Invalidità Permanente, su somme assicurate sino ad € 150.000,00, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%. Per somme assicurate superiori ad € 150.000,00, il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle franchigie assolute indicate alla lettera B – Franchigia assoluta per Invalidità Permanente, delle Condizioni Speciali sempre valide ed operanti.

Esempio: Somma assicurata pari ad € 150.000,00. Invalidità Permanente accertata 5% - Invalidità Permanente liquidata, pari a 2 punti percentuali: € 3.000,00.

Il limite massimo di età assicurabile, è sancito in anni 75 secondo quanto previsto dall'Art. 19 – Limiti di età delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

- **Assicurazione Malattia**

Le garanzie assicurative offerte dal contratto prevedono una copertura per il caso di Malattia, che comporti una Invalidità Permanente o un Ricovero presso un Istituto di cura, secondo quanto previsto dagli Articoli 34 e seguenti e Art. 45 e seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da malattia ed Indennità da ricovero. L'Art. 36 – Rischi esclusi delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da malattia, sancisce i casi di esclusione di copertura. Le coperture di polizza possono prevedere franchigie e/o scoperti tali da comportare riduzioni di indennizzo secondo quanto previsto dalle Norme contrattuali. Per il caso di Invalidità Permanente da malattia, nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al 34% della totale. Per percentuali di Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 34%, l'indennizzo verrà calcolato tenendo conto delle percentuali previste dalla Tabella indicata dall'Art. 42 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia.

Esempio: Somma assicurata per garanzia I.P. € 100.000,00 - I.P. accertata 35% - I.P. liquidata, pari al 6% della somma assicurata: € 6.000,00. Il limite massimo di età assicurabile, è sancito in anni 60 per la copertura Invalidità Permanente da malattia ed in anni 65 per la copertura Indennità da Ricovero.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Per la copertura malattia sono previsti periodi di carenza contrattuali indicati in maniera specifica dagli Articoli 35 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità

Permanente da malattia e Art. 46 – Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa delle Norme che regolano l'Assicurazione Indennità da ricovero.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- 1) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- 2) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- 3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

- **Assicurazione Infortuni**

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio secondo quanto previsto dall'Art. 5 – Aggravamento del rischio e Art. 6 - Diminuzione del rischio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Esempio: Attività dichiarata: Studente – Attività svolta Fabbro. Conseguente riduzione di indennizzo: 60% (in base alla Tabella delle percentuali di indennizzo indicata dall'Art. 21 – Attività diverse da quella dichiarata).

- **Assicurazione Malattia**

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio.

PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva. Per il pagamento del premio, possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al **3%**, il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al **4%**, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al **5%**. A fronte della emissione di polizze poliennali, la Società può applicare sconti di premio.

L'Assicurato, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento Isvap n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dalla clausola di indicizzazione prevista dall'Art. 15 – Adeguamento automatico, della Clausola di indicizzazione, valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza.

DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Copertura infortuni

- **Contrante/Assicurato non consumatore:**

Dopo ogni denuncia di sinistro indennizzabile ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso), le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata.

Nel caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

- **Contrante/Assicurato consumatore:**

La Società rinuncia all'esercizio della facoltà di recesso. Il contraente consumatore può invece recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso).

Copertura malattia

Per le coperture del ramo malattia entrambe le parti hanno facoltà di recedere in caso di sinistro limitatamente ai primi due anni successivi alla data di stipula dell'assicurazione, con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso).

Nel caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Resta comunque stabilito che la presente clausola non è operante qualora il contratto in questione sia stato emesso in sostituzione o in rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo stipulato dalla Società e riguardante gli stessi Assicurati.

TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto dal primo comma, 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.

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art.180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente, sono pari al 2,5% del premio imponibile.

INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Agenzia oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici secondo quanto previsto dall'Art. 23 – Denuncia dell'Infortunio ed oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, secondo quanto previsto dall'Art. 40 – Obblighi in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da malattia.

MEDIAZIONE CIVILE

Si rammenta che il D.lgs 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

A partire dal 20 marzo 2011, pertanto, per determinate materie, tra cui i contratti assicurativi, l'esperimento del procedimento di mediazione è divenuto condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Si rinvia al decreto sopraindicato, oltreché al decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, in caso di:

- mancata osservanza, da parte della Compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi,
- liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie),

gli assicurati e/o i danneggiati - sia persone fisiche che giuridiche - e le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori possono presentare reclamo, per iscritto, inoltrato anche a mezzo fax o tramite e-mail, a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - fax 02/45402417 - e-mail reclami@carigeassicurazioni.it.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso è **necessaria la controfirma del reclamante**, per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo;
- identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.

Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante **entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo** in Società.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà presentare reclamo all'ISVAP, inoltrato in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso al fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'ISVAP, effettuata la necessaria istruttoria, dà notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Si ricorda che:

- In relazione alle **controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria**, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
- In caso di **liti transfrontaliere**, è possibile presentare reclamo **direttamente al sistema estero competente**, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/internalmarket/financesretail/indexen.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, **oppure all'ISVAP**, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

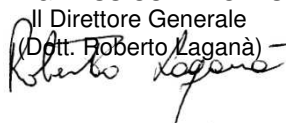
ARBITRATO

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Carige Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Direttore Generale
(Dott. Roberto Laganà) -


GLOSSARIO

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Attività ricreativa:

l'attività svolta nel tempo libero, a scopo ludico, senza finalità di lucro.

Attività sportiva e dilettantistica:

ogni pratica sportiva che comporta remunerazione anche solo sotto forma di rimborso spese.

Attività sportiva professionistica:

ogni pratica sportiva che comporta qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisce fonte di reddito nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI, svolta in maniera continuativa.

Beneficiario:

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di rischio:

l'insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Consumatore:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

Contraente:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

Convalescenza:

il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.

Day Hospital:

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

Difetto fisico:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

Franchigia:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Inabilità Temporanea:

l'impedimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni.

Indennizzo/Rimborso:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

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

Ingessatura:

il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

Invalidità Permanente:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

Invalidità permanente specifica:

la perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della

propria professione dichiarata in polizza.

Istituto di cura:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Polizza Cumulativa:

la polizza in cui Assicurato e Contraente non si identificano in un unico soggetto, indipendentemente dal numero delle persone assicurate.

Post-ricovero:

il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

Questionario Anamnestico:

il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e che forma parte integrante della polizza.

Ricovero:

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società:

la Carige Assicurazioni S.p.A.

Scoperto:

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie:

sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

- #### b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:
- rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:

è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 - 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

(Valide per il modulo Primo – Secondo – Terzo)

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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 successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

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

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 - 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 possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 c.c.

Art. 6 - 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 dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

Art. 8 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

COPERTURA INFORTUNI:

Contraente/Assicurato non consumatore:

Dopo ogni denuncia di sinistro indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso), le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata. Nel caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Contraente/Assicurato consumatore:

La Società rinuncia all'esercizio della facoltà di recesso. Il Contraente consumatore può invece recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso).

COPERTURA MALATTIA:

Limitatamente ai primi due anni successivi alla data di decorrenza del contratto, dopo ogni denuncia di sinistro avvenuto nel suddetto periodo, indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso (pagamento o rifiuto dell'indennizzo/rimborso), le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata.

Art. 9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per polizze malattia, la copertura cesserà automaticamente senza tacito rinnovo e senza obbligo di disdetta alla scadenza contrattuale pattuita.

Art. 10 - ONERI FISCALI

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

Art. 11 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie ad esso relative sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 14 - PRECISAZIONI

Gli articoli 5 - Aggravamento del rischio, 6 - Diminuzione del rischio, 9 - Proroga dell'assicurazione, non si applicano ai Moduli Secondo e Terzo.

CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

(Valida ed operante se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

Art. 15 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 5%, la variazione stessa viene arrotondata al 5%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non goduto.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

MODULO PRIMO - ASSICURAZIONE INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 16 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie;
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

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

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- le rotture sottocutanee dei tendini.

Art. 17 - INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 18 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

- b) dalla guida:
- di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
 - di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dalla Condizione Speciale A - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alle lettere b), d), e), sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Sono altresì escluse:

- k) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
- la copertura assicurativa decorra dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 31 - Controversie - Arbitrato irrituale - delle presenti Norme.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 19 - LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 75, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 20 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'Inabilità Temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 21 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli Artt. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 5 - Aggravamento del rischio, 6 - Diminuzione del rischio, 18 - Rischi esclusi, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà ridotto in percentuale secondo quanto riportato nella seguente Tabella, se la diversa attività aggrava il rischio:

	Attività dichiarata				
	Classe	A	B	C	D
Attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100	100
	B	80	100	100	100
	C	60	70	100	100
	D	40	50	70	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" riportata all'Art. 33 - Tabella delle attività, delle presenti Norme. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o di analogia ad una attività elencata nel suddetto Art. 33 - Tabella delle attività, delle presenti Norme.

Art. 22 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto previsto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni - qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato o dal Contraente, superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro - la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni, deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 24 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 26 - Invalidità Permanente -, delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 25 - MORTE

L'indennizzo per il caso di Morte, è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'Assicurato, secondo le quote previste dalla legge. L'indennizzo per il caso di Morte, non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale, è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Art. 27 - ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio		5
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70

Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16
Perdita totale del solo alluce		7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), 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, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 28 - INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle sue occupazioni. L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Invalidità Permanente, per Morte e per indennità da ricovero.

Art. 29 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (entro il limite del 20% della somma assicurata);
- rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di uno scoperto del 10% con un minimo di Euro 100,00.

Art. 30 - INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura, sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La denuncia del ricovero corredata da certificato medico, deve essere inviata alla Società entro 5 giorni dal ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società dell'originale dei documenti giustificativi e, se richiesta, di copia della cartella clinica con l'indicazione della natura e dell'esito dell'infortunio nonché del giorno di uscita dall'Istituto di cura.

Art. 31 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 24 - Criteri di indennizzabilità – delle presenti Norme 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 della 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 da 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.

È Facoltà delle Parti adire l'Autorità Giudiziaria.

Art. 32 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - TABELLA DELLE ATTIVITÀ

CODICE PROFESSIONE	DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE ATTI VITÀ
0276	Abbattitori di piante e boscaioli	D
0101	Agenti che operano nei settori: assicurazioni, credito, commercio, industria e servizi vari	A
0235	Agricoltori senza uso di macchine agricole	B
0277	Agricoltori con uso di macchine agricole	D
0736	Allenatori sportivi	B
0237	Allevatori di animali diversi da bovini, equini, suini	B
0263	Allevatori di equini, bovini, suini	C
0102	Amministratori di beni propri o altrui	A
0901	Analisti chimici	B
0364	Antennisti	C
0103	Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
0138	Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
0104	Avvocati e Procuratori Legali	A
0839	Autisti di veicoli, esclusi autocarri di portata superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus	B
0878	Autisti di autocarri di portata superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus	D
0365	Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauto e simili	C
0305	Barbieri	A
0806	Benestanti senza particolari occupazioni	A
0107	Biologi	A
0902	Calciatori di serie A - B - C	R.D.
0903	Calciatori di altre serie o divisioni	R.D.
0904	Ciclisti corridori professionisti	R.D.
0905	Ciclisti corridori dilettanti	R.D.
0366	Calzolai	C
0379	Carpentieri	D
0808	Casalinghe	A
0367	Casari	C
0668	Cavaioli (operai cave di marmo o di pietra) senza uso di mine	C
0680	Cavaioli (operai cave di marmo o di pietra) con uso di mine	D

0809	Clero (appartenenti al)	A
0610	Collaboratori familiari	A
0111	Commercialisti e consulenti del lavoro	A
0412	Commercianti (proprietari e/o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive	A
0440	Commercianti (proprietari e/o addetti) con attività di installazione di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articolo igienico-sanitari	B
0441	Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie	B
0443	Commercianti (proprietari e/o addetti) di macellerie senza macellazione	C
0442	Commessi viaggiatori	B
0343	Corniciai	B
0906	Cuochi	C
0613	Dirigenti, escluso accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	A
0644	Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	B
0114	Disegnatori	A
0369	Elettricisti	C
0907	Enologi ed enotecnici	B
0345	Estetisti, callisti, manicure	B
0381	Fabbri	D
0382	Facchini	D
0383	Falegnami	D
0908	Fantini	R.D.
0115	Farmacisti	A
0416	Fotografi	A
0117	Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
0147	Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
0548	Gestori di autorimesse senza autoriparazione	B
0249	Giardinieri (senza potatura di alberi di alto fusto), vivaisti	B
0250	Giardinieri con potatura di alberi di alto fusto	C
0418	Giornalai	A
0650	Giornalisti	B
0651	Guardapesca, guardie campestri, guardacaccia	B
0670	Guardie notturne, giurate	C
0371	Idraulici	C
0372	Imbianchini	C
0619	Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	A
0652	Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	B
0520	Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che non prestano lavoro manuale	A
0553	Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che prestano lavoro manuale	B
0121	Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
0154	Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
0622	Insegnanti	A
0909	Insegnanti di alpinismo	R.D.
0912	Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis	R.D.
0910	Insegnanti di equitazione	R.D.
0911	Insegnanti di lotta nelle sue varie forme	R.D.
0123	Istruttori di scuola guida	A
0655	Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, senza uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature	B
0673	Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature	C
0356	Litografi	B
0624	Magistrati	A
0374	Marmisti	C
0125	Massaggiatori e fisioterapisti	A
0126	Medici	A
0384	Muratori	D
0127	Notai	A
0328	Odontotecnici	A
0129	Ostetriche	A
0157	Paramedici	B
0330	Parrucchieri da donna	A
0285	Pescatori	D
0664	Pensionati	A
0131	Periti	A
0358	Restauratori	B
0359	Riparatori radio-TV e/o elettrodomestici in genere	B
0332	Sarti	A
0913	Speleologi	R.D.
0833	Studenti	A

0360	Tappezzieri	B
0375	Tipografi	C
0161	Veterinari	B
0386	Vetrai	R.D.
0134	Vetrinisti	A
0687	Vigili del fuoco	R.D.
0663	Vigili urbani motociclisti	C
0662	Vigili urbani non motociclisti	B
0998	(Generico riservato Direzione)	R.D.

CONDIZIONI SPECIALI

(sempre valide ed operanti)

A - RISCHIO VOLO

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

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza, ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo, in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società, non potrà superare il capitale di:

- per persona:
 - Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 260,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.
- Complessivamente per aeromobile:
 - Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 5.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 5.500,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile, rientrano anche i capitali che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, individuali e/o cumulative, stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

B - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- 3% sul capitale assicurato fino a Euro 150.000,00;
- 5% sul capitale eccedente Euro 150.000,00 e fino a Euro 250.000,00;
- 10% sul capitale eccedente Euro 250.000,00 e fino a Euro 500.000,00;
- 15% sul capitale eccedente Euro 500.000,00.

Pertanto sul capitale assicurato:

- **fino a Euro 150.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari o inferiore al 3%, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al 3%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 3%;
- **eccedente Euro 150.000,00 e fino a Euro 250.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al 5%, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al 5%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 5%;
- **eccedente Euro 250.000,00 e fino a Euro 500.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al 10%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 10%;
- **eccedente Euro 500.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al 15% non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 15%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 15%.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

C - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal sesto giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 31,00;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per capitale assicurato superiore a Euro

31,00;

- dall'undicesimo giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per capitale assicurato superiore a Euro 52,00.

D - RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A FAVORE DI FIGLI MINORI

La Società liquida ai figli minorenni dell'Assicurato, purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'assicurazione, l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del 100%, e fino ad un massimo d'aumento di Euro 110.000,00, qualora il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del coniuge o del convivente, entrambi assicurati con polizza infortuni con la sottoscritta Società, fermi i limiti previsti dalle Condizioni Speciali "A" - Rischio Volo - e "I" - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali.

E - SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

A parziale deroga delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni e ferme le eventuali franchigie previste in polizza, qualora lo stesso sinistro determini una Invalidità Permanente a termini di polizza superiore al 50%, l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
51	51,5	62	68
52	53	63	69,5
53	54,5	64	71
54	56	65	72,5
55	57,5	66	74
56	59	67	75,5
57	60,5	68	77
58	62	69	78,5
59	63,5	70	80
60	65	dal 71 al 100	100
61	66,5		

F - SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di Euro 1.100,00, su presentazione di regolare documentazione.

G - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

H - MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

I - LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento catastrofale, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.600.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

L - BRICOLAGE

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavori manuali di bricolage, esercitati non a scopo di lucro o di commercio, espletati con l'uso di utensili domestici, anche azionati da motore.

M - DANNO ESTETICO

In caso di infortunio che comporti, oltre che un indennizzo a titolo di Invalidità Permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di Euro 1.100,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato, per interventi di chirurgia plastica ed estetica, allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

N - INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e, in conseguenza dell'infortunio stesso, si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà l'1% del capitale per lui assicurato per il caso di Invalidità Permanente. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

O - ESCLUSIONE CONFLITTI A FUOCO PER LE CAUSE DI SERVIZIO (VALIDA PER CARABINIERI E POLIZIOTTI)

Si prende atto tra le Parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e dovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco ed aggressioni subite dall'Assicurato, a motivo della attività professionale dichiarata in polizza.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

1 - SOVRARISCHIO DI LOCOMOZIONE

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi – delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni causati dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla "B", nonché dalla guida di macchine agricole.

2 - PRATICA DI CALCIO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di calcio anche federali, e relative prove e allenamenti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

3 - PRATICA DI CICLISMO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ciclismo anche federali, e relative prove e allenamenti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

4 - PRATICA DI IPPICA

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ippica anche federali, e relative prove e allenamenti, escluse corse ad ostacoli e salti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

5 - PRATICA DI SCALATA DI ROCCIA O GHIACCIO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla scalata di roccia o ghiaccio fino al 4° grado della scala di difficoltà di Monaco. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

6 - PRATICA DI IMMERSIONE CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalle immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua). Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

7 - PRECISAZIONI

Relativamente alle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6 si conviene che:

- l'indennizzo per Invalidità Permanente non verrà corrisposto qualora detta Invalidità sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se essa invece risulterà superiore alla predetta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 250.000,00 mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B;
- la presente Condizione Aggiuntiva 7 è automaticamente valida e operante in caso di richiamo delle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6.

8 - INDENNITÀ DA POST- RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura indennizzabile ai termini di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero, pari al capitale assicurato per indennità da ricovero.

Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero, con il massimo di **60 giorni**, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. Il post-ricovero dovrà

essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura, che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione.

9 - INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino e non è cumulabile con l'indennità da ricovero di cui all'Art. 30 - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, Indennità da ricovero a seguito di infortunio - e con la indennità da post-ricovero di cui alla Condizione Aggiuntiva 8.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro(scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- Bendaggi amicati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio Desault;
- Minerve (in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- Bendaggi elastici adesivi;
- Ortesi in genere (app. di posizione - es. Plantari);
- Collari Shantz, Camp, simili;
- Ginocchiere DonJoy;
- Stecche di Zimmer.

10 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

A parziale deroga dell'Art. 16 - Oggetto dell'assicurazione - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la copertura vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.

Trascorso tale termine e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso la propria attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al 75% di quelle indicate in polizza.

11 - FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 5% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente, quando questa sia di grado non superiore al 5%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente - per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 250.000,00, mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B.

12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 10% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 500.000,00 mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B.

13 - RISCHIO "IN ITINERE" (NON VALIDA PER LE COPERTURE SOLO EXTRA-PROFESSIONALE)

L'assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa a condizione che il percorso venga effettuato per la strada più breve e nei limiti di un'ora prima e di un'ora dopo l'inizio e la fine dell'orario di lavoro.

14 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A parziale deroga dell'Art. 16 - Oggetto dell'assicurazione - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni - la copertura vale esclusivamente per le attività professionali principali e secondarie dell'Assicurato.

15 - FRANCHIGIA ASSORBIBILE PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo, quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato, in base alle percentuali che seguono:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
11	9	31	42
12	11	32	44
13	13	33	46
14	14	34	48
15	15	35	50
16	16	36	63
17	17	37	66
18	18	38	69
19	19	39	72
20	20	40	75
21	22	41	78
22	24	42	81
23	26	43	84
24	28	44	86
25	30	45	90
26	32	46	93
27	34	47	96
28	36	48	99
29	38	49 e oltre	100
30	40		

16 - RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE (forma A) – VALEVOLE PER POLIZZE CUMULATIVE

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 di cui all'Art. 25 – Morte – delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni - (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo, nella sua totalità, viene accantonato per essere commutato nel 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 viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

17 - RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE (forma B) – VALEVOLE PER POLIZZE CUMULATIVE

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare agli Assicurati o agli aventi diritto a sensi di polizza, per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese), quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati e indennizzabili a sensi della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino a concorrenza di un ulteriore importo, equivalente a quello assicurato per la garanzia di Invalidità Permanente, fino ad un limite massimo di Euro 55.000,00; nel caso di un evento che colpisca più persone, l'importo complessivo a carico della Società non potrà superare il limite massimo di Euro 300.000,00.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente.

In tal caso, l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o, indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di quest'ultimi, in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente condizione aggiuntiva.

L'assicurazione non è prestata quando gli infortunati siano amministratori di una società a responsabilità limitata, soci di una società a responsabilità limitata che siano contraenti della polizza, ovvero parenti od affini del Contraente, dell'Amministratore o del socio anzidetto, stabilmente con loro conviventi.

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome del Contraente, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari.

Deve altresì informare la Società dell'inizio di ogni causa civile e penale e deve inoltre nominare gli avvocati designati dalla Società per la difesa, restandogli in facoltà l'eventuale aggiunta di altri avvocati a proprie spese.

18 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga all'Art. 2 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

19 - MALATTIE PROFESSIONALI PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

Per i casi di morte e di invalidità permanente, ovvero per quel solo caso dei due che sia incluso nell'assicurazione, la garanzia viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dal Contraente nella "Tabella all. n. 4" al DPR 30 Giugno 1965, n. 1124 e con la franchigia relativa del 20% ivi prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Questa assicurazione ha termine contemporaneamente alla cessazione della garanzia relativa al rischio infortuni e viene prestata per i capitali assicurati per la garanzia base infortuni, con il massimo di Euro 110.000,00 per il caso di Morte e di Euro 110.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

20 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITÀ, MUTILAZIONI O DI DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'Art. 12 – Cessazione dell'assicurazione - delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 25 – Morte – delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

21 - INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

In deroga a quanto stabilito dalle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, si conviene che in caso di invalidità permanente conseguente ad infortunio professionale che riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del Dirigente assicurato, valutata in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 Giugno 1965, n. 1124 - e sempreché non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di impiego né la costituzione di altro rapporto con altre aziende confacenti alla qualifica ed alle attitudini del Dirigente - l'indennizzo sarà liquidato sul 100% del capitale di Invalidità Permanente assicurato in polizza.

SEZIONE RISCHI SPECIALI

(Condizioni operanti qualora venga emesso l'allegato di polizza)

1 - SOCIETÀ SPORTIVE (A LIVELLO DILETTANTISTICO/AMATORIALE)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia è limitata agli infortuni dai quali gli Assicurati, indicati nell'elenco fornito preventivamente dal Contraente, fossero colpiti durante la partecipazione a regolari competizioni agonistiche ed agli allenamenti relativi; l'assicurazione riguarda anche gli eventuali infortuni occorsi durante l'uso degli ordinari mezzi di locomozione terrestre (non guidati dagli Assicurati) per trasferirsi seguendo il tragitto più breve sui campi di gioco, nei limiti di un'ora prima e un'ora dopo l'inizio della competizione/allenamento.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

2 - TORNEI DI CALCIO/CALCETTO (A LIVELLO DILETTANTISTICO/AMATORIALE)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione è limitata agli infortuni che dovessero occorrere agli Assicurati indicati nell'elenco fornito preventivamente dal Contraente, durante la partecipazione alle partite dei tornei di calcio/calcetto che si svolgono fra le squadre secondo il calendario fornito alla Società contestualmente alla stipula del contratto di assicurazione.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento). La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

3 - COLONIE ESTIVE (MARINE, MONTANE, ELIOTERAPICHE, ECC.)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che dovessero occorrere ai partecipanti alla Colonia organizzata dal Contraente in località indicata.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) La garanzia è prestata per gli infortuni dai quali gli Assicurati fossero colpiti durante il viaggio (esclusi quelli aerei) che gli stessi compiono in gruppo per recarsi alla colonia e ritornare dalla stessa con uso dei normali mezzi di locomozione pubblici e privati, come pure durante la permanenza presso la colonia, comprese le gite e gli esercizi ricreativi.
- b) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- c) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

4 - ORATORI

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni dai quali gli Assicurati fossero colpiti durante la loro permanenza negli ambienti dell'Oratorio.

L'assicurazione è prestata a favore di tutto il personale assicurato, in numero non superiore al numero indicato in polizza, iscritti tramite un registro all'Oratorio Contraente.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e, per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è altresì esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

MODULO SECONDO

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

(Il presente modulo cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14

Precisazioni – delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale)

Art. 34 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso.

Art. 35 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia - ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 36 - RISCHI ESCLUSI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

- b) abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- d) guerra, insurrezione;
- e) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- f) malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note al Contraente o all'Assicurato e da questi sottaciute con dolo o colpa grave.

Art. 37 - LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 60, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 38 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 39 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto disposto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni - delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipula di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dalla assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 40 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro - delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 41 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se, antecedentemente all'insorgere della malattia, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di Invalidità Permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 42 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della polizza - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopracitata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al 34% dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al 34%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata
34	3
35	6
36	9
37	12
38	15
39	18
40	21
41	24
42	27
43	30
44	33
45	36
46	39
47	42
48	45

49	48
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
dal 66 al 100	100

Art. 43 - CONTROVERSIE- ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 41 - Criteri di indennizzabilità – delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia - 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 esso designato, contribuendo per la 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 da 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 44 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso prevista dall'Art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro – delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipula della presente assicurazione.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(valida solo se espressamente richiamata nella scheda di polizza)

A - TABELLA ALTERNATIVA DELLE PERCENTUALI DI VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

A parziale deroga dell'Art. 42 - Criteri e termini di liquidazione – delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia - nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente da malattia è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente da malattia è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata

25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
dal 35 al 55
56
57

Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata

5
8
11
14
17
20
23
26
29
32
pari a quella accertata
59
63

58
59
60
61
62
63
64
65
dal 66 al 100

67
71
75
79
83
87
91
95
100

MODULO TERZO

ASSICURAZIONE INDENNITÀ DA RICOVERO

Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero
(Il presente modulo cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14 –
Precisazioni – delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale)

Art. 45 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura, sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- a) ricovero dell'Assicurato per donazione di organi;
- b) "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 46 – DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

per gli infortuni:

- dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio - delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le malattie:

- dal 30° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio - delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, per il parto e per la donazione di organi:

- dal 300° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio - delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 47 - PRECISAZIONI

1. L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; non vale invece durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.
2. Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri determinati da:
 - a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
 - b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula dell'assicurazione;
 - c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
 - d) infortuni derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
 - e) infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - f) infortuni e intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

- g) aborto volontario non terapeutico;
- h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) cure dentarie, paradontopatie e applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
- j) conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

Art. 48 - LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 65, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 49 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 50 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto disposto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni - delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipula di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 51 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro - delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - deve essere corredata di certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 52 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto.

L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito alla Società.

Art. 53 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Norme del Fascicolo Informativo, 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.

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 da 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. 54 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso prevista dall'Art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro - delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipula della presente assicurazione.

Art. 55 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI SPECIALI

(sempre valide ed operanti)

A - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e

della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di **14 giorni** dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

B - FRANCHIGIA

Il capitale assicurato per indennità da ricovero verrà corrisposto a partire dal:

- primo giorno computabile ai termini di polizza per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 26,00;
- quarto giorno successivo a quello computabile ai termini di polizza per capitale assicurato superiore a Euro 26,00.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide se espressamente richiamate nella scheda di polizza)

C - INDENNITÀ DA POST-RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura indennizzabile a termine di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero pari all'indennità da ricovero assicurata.

Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero, con il massimo di **60 giorni**, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo.

Il post-ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione. Limitatamente al parto, e fermo restando il disposto del 2° capoverso della presente Condizione Aggiuntiva, l'indennità sarà liquidata per un periodo massimo di **5 giorni**.

D - INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino e non è cumulabile con l'indennità da ricovero di cui all'Art. 30 - delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, Indennità da ricovero a seguito di infortunio - e con la indennità da post-ricovero di cui alla Condizione Aggiuntiva 8.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro(scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- Bendaggi amicati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio Desault;
- Minerve (in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- Bendaggi elastici adesivi;
- Ortesi in genere (app. di posizione - es. Plantari);
- Collari Shantz, Camp, simili;
- Ginocchiere DonJoy;
- Stecche di Zimmer.

SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE CONDIZIONI SPECIALI

(sempre valide ed operanti per tutti i moduli)

A1 - VARIAZIONI DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

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

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle 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.

In caso di fusione dell'Impresa Contraente con una o più Imprese, il contratto continua con l'impresa incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il

contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi. La Società, nei trenta giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

A2 - VARIAZIONE DELLE 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.

Delle variazioni del personale assicurato deve essere preso atto con appendice.

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

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

A3 - ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.