

Polizza cumulativa infortuni

Condizioni di assicurazione

Edizione febbraio 2008

Polizza cumulativa infortuni

INDICE

Nota informativa per il Contraente	Pag. 4
Definizioni	Pag. 6
Norme che regolano l'assicurazione in generale	Pag. 7
Art. 1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	
Art. 2) Altre assicurazioni	
Art. 3) Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio	
Art. 4) Modifiche della polizza e forma delle comunicazioni	
Art. 5) Attività diverse da quella dichiarata	
Art. 6) Recesso in caso di sinistro	
Art. 7) Proroga dell'assicurazione	
Art. 8) Oneri fiscali	
Art. 9) Foro competente	
Art. 10) Rinvio alle norme di legge	
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni	Pag. 9
Art. 11) Oggetto dell'assicurazione	
Art. 12) Infortuni esclusi	
Art. 13) Rischio volo	
Art. 14) Servizio militare	
Art. 15) Cessazione dell'assicurazione	
Art. 16) Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi	
Art. 17) Criteri di indennizzabilità	
Art. 18) Morte	
Art. 19) Invalidità permanente	
Art. 20) Franchigia su invalidità permanente	
Art. 21) Controversie - arbitrato irrituale	
Art. 22) Limiti di età	
Condizioni aggiuntive - sempre operanti	Pag. 16
Art. 23) Ernie addominali da sforzo	
Art. 24) Grandi invalidità	
Art. 25) Ubriachezza	
Art. 26) Infortuni derivanti da colpa grave e tumulti popolari	
Art. 27) Rischio calamità naturali	
Art. 28) Rischio guerra	
Art. 29) Morte presunta	
Art. 30) Rinuncia al diritto di surrogazione	
Art. 31) Limite catastrofale	
Art. 32) Esonero denuncia difetti fisici	
Art. 33) Responsabilità civile del Contraente	
Art. 34) Assicurazione in base ai parametri variabili - Regolazione del premio	

Condizioni particolari

(valide soltanto se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

- A) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali
- B) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali
- C) Dirigenti
- D) Consiglieri o amministratori
- E) Assicurazioni di gruppo
- F) Franchigia alternativa per invalidità permanente da infortunio
- G) Esonero denuncia preventiva delle persone assicurate
- H) Esonero denuncia altre assicurazioni
- I) Rischi sportivi
- J) Supervalutazione per la invalidità permanente da infortunio
- K) Indennità giornaliera da ricovero da infortunio
- L) Rimborso spese mediche da infortunio
- M) Invalidità permanente da malattia

Articoli del Codice Civile di particolare rilevanza per l'Assicurato

INFORMATIVA AL CONTRAENTE

predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP N. 303 del 2 giugno 1997

Informazioni relative all'impresa

Il contratto è concluso con MILANO ASSICURAZIONI S.p.A. Divisione Sasa avente la sede legale in Milano (Italia) , Via Senigallia 18/2 (telefono: (+39) 02 - 64021 ; sito internet: www.milass.it) Società del Gruppo FONDIARIA - SAI, Direzione e Coordinamento FONDIARIA SAI S.p.A.

MILANO ASSICURAZIONI S.p.A. Divisione Sasa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29.4.1923 , convertito nella L. 17.4.1925 n. 473.

Informazioni relative al contratto

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209/2005, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

MILANO ASSICURAZIONI Divisione Sasa propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

Reclami relativi al contratto o ai sinistri

I reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione delle responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto devono essere rivolte alla Società al seguente indirizzo:

Direzione Relazioni Esterne e Comunicazioni - Servizio Clienti

Via Lorenzo il Magnifico, 1

50129 Firenze

Fax: 055/479.20.44

e-mail: reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di **45 giorni**, potrà rivolgersi all'organo a ciò preposto:

ISVAP - Servizio Tutela Utenti

Via Quirinale 21

00187 Roma

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono i seguenti requisiti:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami in relazione al cui oggetto sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria;
- b) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari.

Resta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Le ricordiamo che, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile (così come modificato dal Decreto Legge n. 134 del 28/8/2008 convertito in Legge n. 166 del 27/10/2008), i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Legga sempre attentamente il contratto prima di sottoscriverlo: solo in questo modo potrà essere pienamente consapevole dei diritti e degli obblighi che da esso derivano.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito precisato:

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario	L'erede dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere le somme assicurate per il caso morte
Contraente	La persona giuridica che stipula la polizza
Fatturato	L'importo del volume d'affari inerente l'attività assicurata indicato nella dichiarazione I.V.A., al netto dell'I.V.A.
Franchigia	La parte indennizzo o risarcimento che rimane a carico dell'Assicurato
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente
Invalidità permanente	La permanente incapacità fisica, parziale o totale ad attendere ad una qualsiasi attività lavorativa
Istituto di cura	Ente pubblico o privato di tipo ospedaliero regolarmente autorizzato alla prestazione dell'assistenza sanitaria
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Parti	Il Contraente, l'Assicurato e la Società
Polizza	Il contratto di assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Retribuzioni	Monte salari e stipendi imponibile ai fini contributivi dei dipendenti della Contraente nonché tutti gli emolumenti riconosciuti agli altri assicurati non aventi rapporto di dipendenza con la Contraente ma dei quali essa si avvale per lo sviluppo dell'attività dichiarata in polizza
Ricovero	La degenza con pernottamento in istituto di cura
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza
Società	La Milano Assicurazioni S.p.A. - Divisione SASA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o 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 della polizza, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

ART. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

In questo caso, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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 DELLA POLIZZA E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Le eventuali modifiche della polizza devono essere provate per iscritto, mediante documenti sottoscritti dalle Parti.

Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere effettuate a mezzo telegramma, telex, fax o lettera raccomandata.

ART. 5 – ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli artt. 1 e 12, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività: l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il rischio;

l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, ai sensi dell'art. 1898 del c.c., in base alle percentuali indicate nella tabella sotto indicata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore.

Per la valutazione del grado di rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportate nell'ELENCO ATTIVITÀ PROFES-

SIONALI riportato nello specifico allegato che forma parte integrante del presente contratto.

In caso di attività non specificate in detto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

Attività professionale dichiarata in polizza					
Attività professionale al momento del sinistro		<i>Classe 1</i>	<i>Classe 2</i>	<i>Classe 3</i>	<i>Classe 4</i>
	<i>Classe 1</i>	100	100	100	100
	<i>Classe 2</i>	80	100	100	100
	<i>Classe 3</i>	50	60	100	100
	<i>Classe 4</i>	30	40	60	100

ART. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

ART. 8 – ONERI FISCALI

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

ART. 9 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello di residenza o domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato.

ART. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 11 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale, per il mondo intero, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione accidentale o da assorbimento accidentale di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni muscolari determinate da sforzo, rimanendo comunque esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini;
- g) le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, esclusa la malaria e tutte le malattie tropicali;

Sono compresi inoltre gli infortuni;

- h) subiti in stato di malore od incoscienza;
- i) derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi.

ART. 12 – INFORTUNI 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 qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, canoa fluviale, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corda elastica (bungee downunder), sci acrobatico, scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), arrampicate effettuate isolatamente, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea;
- d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, pallamano, pallacanestro, hockey in tutte le sue forme, svolte sotto l'egida delle relative federazioni, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra e/o insurrezioni;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da

accelerazioni di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X).

Sono altresì escluse le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nel contagio da HIV (human immunology virus).

ART. 13 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa, sempreché la polizza sia stata stipulata per la durata non inferiore ad un anno, agli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Sono esclusi gli infortuni occorsi durante la guida di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "Apparecchi per il volo da diporto o sportivo", ovvero ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è sceso.

ART. 14 – SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva,

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

ART. 15 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il manifestarsi in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, siero-positività HIV/AIDS, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi costituisce causa di cessazione di assicurazione.

ART. 16 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso scritto entro sei giorni dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità - o il Contraente da quando ne abbia avuto conoscenza - all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. L'inadempimento di uno o più obblighi di cui al presente articolo, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 17 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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 perfettamente 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. 19 (invalidità permanente) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 18 – MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente al termine di polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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,
- i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già percepito per invalidità permanente.

ART. 19 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per l'invalidità permanente, è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente al termine della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, di seguito riportata.

Tabella allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124
Tabella "INAIL"

Descrizione	Percentuali		
	destro		sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella)			
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 efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
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 del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita dei 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%	

Descrizione	Percentuali		
	destro		sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
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 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 dà luogo ad alcuna indennità; ma, ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo all'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempreché la correzione stessa sia tollerata: in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monoculare:
 - a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - b) con visus corretto di 7/10 18%
 - c) con visus corretto di 6/10 21%
 - d) con visus corretto di 5/10 24%
 - e) con visus corretto di 4/10 32%
 - f) con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

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

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

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

ART. 20 – FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA PERMANENTE DA INFORTUNIO

Resta convenuto che, in luogo della franchigia relativa prevista dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, l'indennità verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sulla somma assicurata fino a € 260.000 (duecentosessantamila) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece essa sarà superiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale;
- sull'eccedenza di € 260.000 (duecentosessantamila) e fino al massimo della somma assicurata, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece essa risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

Gli indennizzi per invalidità permanente accertata di grado superiore al 20% saranno indennizzati senza l'applicazione della franchigia del 3% sopra descritta.

ART. 21 – CONTROVERSIE - ARTIBRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 17 sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

ART. 22 – LIMITI DI ETA

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 75 anni e cessa dalla scadenza annuale successiva per quelle che raggiungono tale limite di età senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti a richiesta del Contraente e/o Assicurato.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Sempre operanti

ART. 23 – ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 11 lett. f) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, non verrà corrisposta l'indennità;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità 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. 21 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

Per la presente Condizione Aggiuntiva non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 17, qualora all'atto della stipula della presente polizza l'Assicurato risulti affetto da detta infermità la percentuale di franchigia sopra indicata diventa pari al 5%.

ART. 24 – GRANDI INVALIDITÀ

In deroga all'art. 19 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, si conviene tra le Parti, che in caso di infortunio che determini per la persona assicurata una invalidità permanente accertata di grado superiore al 65% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà, a titolo d'indennizzo, il 100% della somma assicurata.

ART. 25 – UBRIACHEZZA

A parziale deroga dell'art. 12 lett. e) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione è estesa agli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione.

ART. 26 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E TUMULTI POPOLARI

A parziale deroga degli artt. 1900 e 1912 del C.C. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 27 – RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga dell'art. 1912 C.C. l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, nonché da inondazioni ed alluvioni.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di € 2.500.000 (duemilionicinquecentomila). Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

ART. 28 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art. 12 lett. g) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova in un paese estero sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla presente estensione di garanzia gli infortuni occorsi nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

ART. 29 – MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma prevista per il caso di morte.

L'indennizzo non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60-62 C.C.

Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto ad agire nei confronti dei beneficiari e/o Assicurato per la restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 30 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei Suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 31 – LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.500.000 (duemilionicinquecentomila).

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

ART. 32 – ESONERO DENUNCIA DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione la Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 33 – RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 18 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 ed ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennizzo nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonato per essere computato 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 rimangono in essa soccombenti, l'indennizzo accan-

tonato viene dagli stessi pagato sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

ART. 34 – ASSICURAZIONE IN BASE AI PARAMETRI VARIABILI - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute negli elementi presi a base per il conteggio del premio, fermo il premio annuo stabilito nel contratto.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società o all'Agenzia l'indicazione dal valore definitivo dell'elemento variabile previsto in polizza (es. fatturato, retribuzioni) realizzato nello stesso periodo. Sulla base di questi dati l'Agenzia/ Società emette apposito documento e provvede a calcolare l'eventuale conguaglio di premio.

Il Contraente è tenuto ad effettuare il pagamento del conguaglio entro i 60 giorni successivi a quello in cui ne riceve comunicazione. Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza. Nel caso di omessa comunicazione dei dati richiesti nei termini previsti, ovvero di mancato pagamento della differenza attiva, il premio, pagato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato quale anticipo del conguaglio relativo al periodo assicurativo annuo per il quale si sono verificate le suddette omissioni. In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare le risoluzioni del contratto con lettera raccomandata.

Per i contratti cessati, nel caso in cui il Contraente non adempia agli obblighi relativi alla regolazione premio, la Società non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Resta fermo - anche in questo caso - per la Società il diritto di agire giudizialmente.

Se, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili e comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie (quali ad esempio il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. 30/06/65 n°1124, il registro delle fatture o dei corrispettivi).

CONDIZIONI PARTICOLARI

Valide soltanto se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza

A) LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità ed è efficace anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

B) LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nelle comuni contingenze della vita extralavorativa.

Resta pertanto inteso che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni che colpiscono l'Assicurato in occasione di lavoro retribuito, comunque ed ovunque esplicito.

C) DIRIGENTI

L'assicurazione prestata con la presente Condizione Particolare vale per tutto il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alla categoria dei DIRIGENTI.

Ferme le condizioni tutte di polizza l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dalla Contraente nella "tabella all. n. 4" al D.P.R. 30 giugno 1965 - n. 1124 e con la franchigia relativa ivi prevista. È fatta eccezione per la silicosi e per l'asbestosi e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni 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".

A parziale deroga di quanto prescritto dall'art. 24 delle Condizioni Aggiuntive - grandi invalidità - si conviene che in caso di invalidità permanente che riduca almeno del 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutata in base alla tabella INAIL e sempre che non sia possibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, sarà considerata invalidità permanente totale (100%).

D) CONSIGLIERI O AMMINISTRATORI

L'assicurazione prestata con la presente Condizione Particolare vale per le persone appartenenti al Consiglio di Amministrazione della Contraente.

La garanzia viene prestata durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Contraente compresi i rischi della circolazione stradale per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi ad impianti del Contraente e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente al mandato ricoperto.

Il Contraente è obbligato alla preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Egli è obbligato inoltre a denunciare per iscritto alla Compagnia le variazioni numeriche che si verificassero. Se la variazione implica aumento di premio, l'assicurazione sarà valida rispetto al nuovo stato di cose dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice con pagamento del maggior premio dovuto. Se invece implica riduzione di premio, questa avrà luogo a partire dalla prima scadenza annuale.

E) ASSICURAZIONI DI GRUPPO

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.

F) FRANCHIGIA ALTERNATIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

A parziale deroga di quanto prescritto dall'art. 20 si conviene che:

- sulla somma assicurata fino a € 260.000 (duecentosessantamila) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente stabilita sia di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece essa sarà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale;
- sull'eccedenza di € 260.000 (duecentosessantamila) e fino al massimo della somma assicurata, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente stabilita sia di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece essa risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

Gli indennizzi per invalidità permanente accertata di grado superiore al 15% saranno liquidati senza l'applicazione della franchigia del 5% sopra descritta.

G) ESONERO DENUNCIA PREVENTIVA DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

H) ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2, si dà atto che la Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare altre polizze infortuni stipulate dai singoli Assicurati con altre Società.

I) RISCHI SPORTIVI

A parziale deroga dell'art. 12 lett. d) l'assicurazione è estesa alla pratica delle attività sportive indicate in polizza.

La garanzia è valida esclusivamente se la stessa viene praticata a livello dilettantistico, durante le gare e gli allenamenti ufficiali con allenatore e svolte sotto l'egida delle relative federazioni. È esclusa dalla presente estensione di garanzia qualsiasi attività sportiva svolta a livello professionistico. Limitatamente alla presente Condizione Particolare, per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio, a parziale deroga dell'art. 20, si conviene che:

- sulla somma assicurata fino a € 260.000 (duecentosessantamila) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente stabilita sia di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece essa sarà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale;
- sull'eccedenza di € 260.000 (duecentosessantamila) e fino al massimo della somma assicurata, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente stabilita sia di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece essa risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

Si conviene inoltre di abrogare l'ultimo capoverso del predetto art. 20.

J) SUPERVALUTAZIONE PER LA INVALIDITA PERMANENTE DA INFORTUNIO

A parziale deroga dell'art. 19 si conviene fra le parti che, in caso di sinistro che abbia come conseguenze una Invalidità Permanente da Infortunio, l'indennizzo sarà calcolato facendo riferimento alla seguente tabella:

DESCRIZIONE	Percentuale riconosciuta		
	Destra		Sinistra
Perdita anatomica o funzionale del pollice	60%		50%
Perdita della falange ungueale del pollice	40%		35%
Perdita anatomica o funzionale dell'indice	60%		50%
Perdita della falange ungueale dell'indice	40%		35%
Perdita anatomica o funzionale del medio	30%		25%
Perdita della falange ungueale del medio	20%		15%
Perdita anatomica o funzionale dell'anulare	15%		10%
Perdita anatomica o funzionale del mignolo	15%		10%
Perdita contemporanea anche parziale di due dita della stessa mano		75%	
Perdita anatomica o funzionale di un arto superiore		100%	
Perdita anatomica o funzionale di un avambraccio		100%	
Perdita anatomica o funzionale di una mano		100%	
Perdita della facoltà visiva di uno occhio		53%	
Sordità totale di un orecchio		20%	
Sordità totale bilaterale		100%	

In caso di mancinismo dichiarato le percentuali si intendono invertite.

A parziale deroga dell'art. 20, si conviene inoltre che l'invalidità accertata sulla base della tabella di cui alla presente condizione speciale verrà corrisposta con l'applicazione di una franchigia assoluta pari al 5% da applicare sulla somma assicurata fino a € 150.000 (centocinquantamila), pari al 10% sull'eccedenza di € 150.000 (centocinquantamila) fino a € 260.000 (duecentosessantamila) e pari al 15% sull'eccedenza di € 260.000 (duecentosessantamila) e fino al massimo della somma assicurata.

K) INDENNITA GIORNALIERA DA RICOVERO

In caso di ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) conseguente ad infortunio rientrante nella garanzia prestata con la presente polizza, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società corrisponde all'Assicurato un importo, per ciascun giorno di degenza, pari all'importo indicato in polizza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

La garanzia viene estesa anche per il day-hospital (degenza diurna senza pernottamento); in questo caso la Società, quando la degenza si sia protratta almeno per 3 giorni anche se non consecutivi, corrisponde all'Assicurato una indennità giornaliera pari al 50% di quanto previsto per ciascun giorno di degenza, per la durata massima di giorni 30 per ciascun infortunio e per anno assicurativo.

Nulla è, invece, dovuto quando il day-hospital non si sia protratto almeno per 3 giorni.

L) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o, un'invalidità permanente da infortunio, rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza, per anno assicurativo, dell'importo indicato in polizza, 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);
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- spese di trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- spese fisioterapeutiche in genere;
- accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie;
- spese farmaceutiche.

Sono escluse le spese mediche rese necessarie da infortunio aventi finalità esclusivamente estetiche. La richiesta del rimborso, corredata dalle ricevute originali, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine della cura medica.

Gli originali delle ricevute di pagamento presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

M) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

(valida soltanto in abbinamento alla garanzia invalidità permanente da infortunio)

Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce il pagamento di un indennizzo in caso di malattia che colpisca l'Assicurato ed abbia per conseguenza una Invalidità Permanente accertata di grado superiore al 25%. L'indennizzo verrà calcolato sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

ACCERTATA / DA LIQUIDARE		ACCERTATA / DA LIQUIDARE		ACCERTATA / DA LIQUIDARE	
26	5	40	30	54	62
27	5	41	32	55	65
28	6	42	34	56	68
29	8	43	36	57	71
30	10	44	38	58	74
31	12	45	40	59	77
32	14	46	42	60	80
33	16	47	44	61	83
34	18	48	46	62	86
35	20	49	48	63	89
36	22	50	50	64	92
37	24	51	53	65	95
38	26	52	56	66	100
39	28	53	59		

Efficacia della garanzia

La garanzia decorre dalle ore 24.00 del 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione. Qualora il presente contratto sia stato stipulato in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, l'anzidetto termine di 90 giorni opera:

- dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno di effetto di questo contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Rischi esclusi

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- c) da malattie mentali e da nevrosi;
- d) da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- e) da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) da guerre ed insurrezioni;
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo - sia in forma diretta che indiretta - come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) derivanti da reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato o chi per esso deve:

- presentare denuncia scritta alla Società della malattia che, secondo parere medico, sembri comportare invalidità permanente, corredandola con dettagliato rapporto medico sulla natura, decorso e conseguenze della malattia;
- inviare alla Società attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- presentare, trascorsi 180 giorni dalla denuncia della malattia e comunque non oltre 240 giorni dalla data della stessa, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Qualora l'assicurazione prestata con la presente polizza pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Cessazione dell'assicurazione

Il manifestarsi in corso di contratto delle seguenti affezioni costituisce causa di cessazione di assicurazione; alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sulla natura della malattia o sui miglioramenti che possono essere ottenuti seguendo un adeguato trattamento terapeutico o sul grado di invalidità permanente sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

ALLEGATO 1

ATTIVITÀ PROFESSIONALI	Classe di rischio
Amministratore o consigliere di società	1
Conducente veicoli adibiti a trasporto cose (escluso autocarri oltre 35 q.li)	3
Conducente veicoli adibiti a trasporto persone (escluso autobus)	2
Dipendente di ASL e case di cura in genere	2
Dipendente pubblico con mansioni amministrative	1
Dipendente pubblico con mansioni esterne (es. autista, commesso, esattore, ecc.)	2
Dipendente di attività commerciali	2
Dipendente di attività artigianali (esclusa l'edilizia) ed agricole	3
Dipendente di attività di servizi	1
Dirigente pubblico e privato	1
Impiegato amministrativo	1
Impiegato con mansioni esterne	2
Operaio in genere	4

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE DI PARTICOLARE RILEVANZA PER L'ASSICURATO

ART. 60 – ALTRI CASI DI DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questi internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto (c. 61-63; c. nav. 206 ss., 837 s.).

ART. 62 – CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso (c. 49 ss.).

ART. 1341 – CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto (c. 1342, 1679, 2211) predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza (c. 1370).

In ogni caso non hanno effetto (c. 1418, 1419²), se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità (c. 1229), facoltà di recedere dal contratto (c. 1373) o di sospendere l'esecuzione (c. 1461), ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze (c. 2965), limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni (c. 1462), restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi (c. 1379, 1566-68, 2596¹), tacita proroga o rinnovazione del contratto (c.c. 1597, 1899²), clausole compromissorie (p.c. 808) o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria (c.p.c. 28, 29).

ART. 1892 – DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO E COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se

avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (c. 1441 ss.) del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave (c. 1894, 1898).

L'assicuratore decade (c. 2964 ss.) dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (c. 1932).

ART. 1893 – DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso (c. 1373²), mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (c. 1894).

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (c. 1932).

ART. 1894 – ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi (c. 1890, 1891), se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c. (c. 1391, 1932).

ART. 1897 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto (c. 1373²) entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese (c. 1932; att. 187).

ART. 1898 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato (c. 1892, 1926).

L'assicuratore può recedere dal contratto (c. 1373), dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al momento del contratto stesso (c. 1932; att. 187).

ART. 1900 – SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE DELL'ASSICURATO O DEI DIPENDENTI

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (c. 1917).

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere (c. 2048, 2049; nav. 524).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di necessità umana (cost. 2) o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore (c. 1914³; nav. 5222).

ART. 1901 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza (c. 1460).

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto (c. 1453 ss.) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita (c. 1919 ss., 1924, 1932; att. 187).

ART. 1910 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può richiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno (c. 1908). L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti (c. 1299). Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita tra gli altri assicuratori (c.c. 1299²).

ART. 1912 – TERREMOTO, GUERRA, INSURREZIONE, TUMULTI POPOLARI

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari (nav. 521).

ART. 1914 – OBBLIGO DI SALVATAGGIO

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno (c. 1227², 1915).

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione al valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro (c. 1907), anche se il loro ammontare unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente (c. 1932, 2031; att. c. 187; nav. 534).

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente (c. 1900³).

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti (1913¹).

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

ART. 1915 – INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'Assicurato che dolosamente non adempie (c. 1218) l'obbligo dell'avviso (c. 1913) o del salvataggio (c. 1914) perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (c. 1932; att. c. 187).

ART. 1916 – DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili (c. 1203 n. 5, 1589³).

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti (c. 74 ss.) o da affini (c. 78) dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici (c. 2240).

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

MILANO ASSICURAZIONI S.p.A.
Divisione Sasa

Sede Legale 20161 Milano, Via Senigallia 18/2
Direzione 34123 Trieste, Riva Tommaso Gulli 12
Tel. +39 040.3190.111 Fax +39 040.300.624
www.milass.it Area Clienti ► Prodotti ►

► Catalogo Prodotti Assicurativi ► Divisione Sasa
Capitale sociale € 305.851.341,12 int. vers.
Numero di iscrizione Registro Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA 00957670151
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP
al numero 1.00010

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923
n. 986, convertito nella L. 17/4/1925, n. 473

Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI
iscritte al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi -
direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

