

DEFINIZIONI

Agli effetti del presente certificato si definisce:

- CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;
- ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- ASSICURAZIONE: il certificato di assicurazione;
- ASSICURATORE: Alcuni sottoscrittori dei Lloyd's, rappresentati dal Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's;
- CORRISPONDENTE DEI LLOYD'S: AON S.p.A.
- PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore;
- RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione,
- INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
- FORMA CUMULATIVA: qualora Contraente e Assicurato siano persone diverse;
- FRANCHIGIA: è la parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 1) Definizione di infortunio - Oggetto dell'assicurazione**

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Salvo patto contrario l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato:

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie;
- b) nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale;

Art. 2) Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei e dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione subacquei;
- b) dalla guida di veicoli a motore o natanti a motore, relativamente ai quali l'Assicurato non sia abilitato a sensi di Legge;
- c) dalla pratica di paracadutismo e sports aerei in genere, nonché dall'alpinismo con scalate di rocce o ghiacciai oltre il 3° grado della scala U.I.A.A.;
- d) dalla partecipazione a corse o gare professionistiche ed alle relative prove ed allenamenti per la classificazione delle quali si farà riferimento alla federazione sportiva nazionale competente. Sono invece comprese le partecipazioni a gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo ed amatoriale;
- e) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art.3) comma i);
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g) da stato di ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, restando comunque compresi gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- h) da atti di terrorismo e sabotaggio, salvo quanto eventualmente previsto dalle Condizioni Particolari al presente certificato;

Art. 3) Precisazioni relative alla garanzia

Ai fini della garanzia di cui al presente certificato si considerano a tutti gli effetti quali infortuni:

- a) le ernie traumatiche, con l'intesa che:
 - 1) - se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio ed entro il massimo del 5% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - 2) - se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale, fermo restando quanto previsto dall'Art.18) "Franchigia per invalidità permanente" delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.
In caso di contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art.22) delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione;
- b) le conseguenze, anche se non immediate, da ingestione od assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- c) le lesioni determinate da sforzi muscolari, esclusi gli infarti;
- d) le punture di insetti e morsi di animali;
- e) i colpi di sole e di calore, scariche elettriche, folgorazioni, asfissia meccanica, annegamento, assideramento, congelamento ed altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e calamità naturali in genere;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese, salvo che lo stato di guerra insorga tra i seguenti Paesi: Cina, Federazione Russa, Stati Uniti d'America, Unione Europea, nel qual caso la garanzia prestata dal presente certificato cesserà immediatamente.
- l) gli infortuni derivanti da insurrezioni e tumulti popolari, da atti violenti o aggressioni che abbiano movente politico o sociale semprechè l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) l'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari

gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso l'Assicuratore potrà essere chiamato a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 10.400.000,00, qualunque sia il numero degli assicurati, in base al presente certificato, viaggianti sull'aereo.

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini del presente certificato, in dipendenza del medesimo sinistro, l'Assicuratore liquiderà ciascun assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini del presente certificato, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Si precisa altresì che l'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 4) Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'Assicurazione decorre dal giorno indicato nel certificato, se il premio o la prima rata di premio sono stati già pagati, altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il pagamento del premio - per tutta la durata del certificato - deve essere eseguito presso la sede dell'Assicuratore o presso il Corrispondente al quale è assegnato il certificato.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 5) Durata del certificato

Il presente certificato è stipulato per la durata prevista nel modulo e termina senza obbligo di disdetta alla data di scadenza indicata nel modulo stesso.

Art. 6) Limiti di età

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di certificato, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 7) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, l'Assicuratore, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del certificato e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 8) Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, ad esclusione dei seguenti paesi: Cuba, Iran, Sudan, Siria, Crimea e Corea del Nord, con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di certificato saranno corrisposte in Italia ed in valuta italiana.

Art. 9) Prova del certificato di assicurazione - Validità delle variazioni

Il certificato e relativi allegati firmati dall'Assicuratore, a mezzo delle persone all'uopo autorizzate, e dal Contraente sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

Qualunque modificazione del certificato non è valida, se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti.

L'assicurazione rispetto ai nuovi Assicurati decorre delle ore 24.00 del giorno di ricezione da parte del Corrispondente dei Lloyd's, della raccomandata, telefax o e-mail di notifica, fermo l'obbligo del pagamento del maggior premio pro-rata che ne risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, non dà luogo a rimborso di premio ma la riduzione dello stesso avverrà dalla prima scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art.10) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini contrattuali, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari indicati al successivo art. 11) il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a' termini degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art.11) Beneficiari

Beneficiari in caso di morte ed in caso di invalidità permanente si intendono:

- in caso di morte i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi in parti uguali
- in caso di invalidità permanente gli assicurati stessi;

Art.12) Altre Assicurazioni

L'Assicuratore prende e dà atto che sia il Contraente che gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare l'esistenza di altre assicurazioni, sia individuali che cumulative, contratte per rischi analoghi a quelli di cui al presente certificato. Rimane tuttavia l'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre eventuali assicurazioni contratte con i Lloyd's.

Art.13) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione dell'Assicuratore o al Corrispondente, entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in

cui il Contraente o gli aventi diritto ne siano venuti a conoscenza.

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

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, fatta eccezione per i medici designati dall'Assicuratore. Se dolosamente non vengono adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, l'Assicuratore ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto (Art. 1915 C.C.).

Art.14) Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le sole conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni,

come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dai successivi Artt. 17) e 18).

Art.15) Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art.16) Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza del certificato, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, fermo il disposto dell'Art. 13), l'Assicuratore liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, l'Assicuratore liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi dell'Assicurato.

Art.17) Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica, entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 N°1124 e successive modificazioni con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio. La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

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

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di invalidità permanente riferita all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art.18) Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto alle altre persone indicate al precedente Art.11) la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque, se non liquidata, sia stata documentata nella sua entità, l'assicuratore paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.19) Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in ed in Euro.

Art.20) Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone a' sensi del precedente Art.7), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, previsti dall'Art.14) le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni contrattuali, 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 dove deve riunirsi il Collegio Medico.

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 del terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Art.21) Recesso dal certificato di assicurazione in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dal certificato di assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Assicuratore ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

Nel caso che sia l'Assicuratore a recedere, questo entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art.22) Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che gli compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.23) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al certificato di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.24) Clausola Broker

Il presente certificato è emesso in base a speciali condizioni di copertura negoziate tra alcuni sottoscrittori dei Lloyd's rappresentati dal loro Rappresentante Generale per l'Italia e la AON S.p.A. e pertanto lo stesso dovrà restare in amministrazione alla AON S.p.A. fino alla sua naturale scadenza.

L'Assicurato/Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente certificato alla AON S.p.A. e di conseguenza tutti i rapporti inerenti al presente certificato saranno svolti per conto dell'Assicurato/Contraente dalla AON S.p.A. stessa.

Ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori, nel nome e per conto dell'Assicurato/Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato/Contraente stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente al suddetto Broker sarà considerata come inviata agli Assicuratori e ogni comunicazione fatta dagli Assicuratori al Broker si intenderà come fatta all'Assicurato/Contraente.

Il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente agli Assicuratori, ai sensi dell'art.118 del D.Lgs 209/2005.

Art.25) Foro competente

Per ogni controversia diversa da quelle previste dal precedente Art. 22) è competente l'autorità Giudiziaria del luogo di residenza dell'Assicurato.

Art.26) Rinvio alle norme di Legge

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

ASSICURATO / CONTRAENTE

.....



Agli effetti degli Artt.1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 5) Durata del certificato di assicurazione senza tacita proroga
- Art.12) Obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni contratte con i Lloyd's.
- Art.17) Invalidità permanente.
- Art.21) Facoltà di recesso dal certificato dopo ogni denuncia di sinistro.
- Art.25) Competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.
- Art. 7) Persone non assicurabili.
- Art.13) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.
- Art.20) Deferimento di controversie ad un collegio medico.
- Art.24) Clausola Broker

ASSICURATO / CONTRAENTE

.....



CONDIZIONI PARTICOLARI
VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA

Le Condizioni Particolari che seguono integrano le Condizioni Generali di Assicurazione e, in caso di discordanza, prevalgono su di esse.

Le persone assicurate (minimo 5 teste assicurate), risultano indicate nella scheda di copertura.

A) Franchigia per invalidità permanente

L'assicurazione per la garanzia Invalidità permanente da infortunio di cui all'art. Invalidità Permanente (Tabella Inail) viene prestata nei confronti dell'Assicurato fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di Copertura, con l'applicazione delle seguenti franchigie:

- fino a € 500.000,00 la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale che si annulla se la stessa è pari o superiore al 10%;
- eccedente € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale che si annulla se la stessa è pari o superiore al 15%;
- eccedente € 1.000.000,00 e fino a € 1.500.000,00, la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% della totale che si annulla se la stessa è pari o superiore al 25%;
- eccedente € 1.500.000,00, la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% della totale che si annulla se la stessa è pari o superiore al 50%.

B) Massimo risarcimento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso l'Assicuratore potrà essere chiamato a risarcire, per ogni sinistro, un indennizzo complessivo superiore a Euro 3.000.000,00, qualunque sia il numero degli assicurati.

Qualora gli indennizzi dovuti complessivamente eccedano tale limite, le somme spettanti a ciascun assicurato saranno ridotte proporzionalmente al rapporto che intercorre tra detto limite e il totale degli indennizzi conteggiati.

C) Ulteriori rimborsi

In caso di infortunio liquidabile a termine di polizza l'Assicuratore riconosce un ulteriore rimborso, sino ad un limite massimo di Euro 2.500,00 per evento, per le spese documentate sostenute, relativamente a:

- Trasporto dal luogo dell'infortunio all'ospedale o casa di cura, per il pronto soccorso;
- Rimpatrio se l'infortunio è avvenuto all'estero;
- Azioni di salvataggio o di ricerca dell'Assicurato stesso;
- Trasporto della salma a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza.

D) Danni estetici

In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti invalidità permanente, si conviene che l'Assicuratore rimborserà le spese mediche sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico sino ad un importo pari a Euro 5.000,00.

Tale importo non è cumulabile con l'importo previsto per le spese mediche da infortunio, di cui all'allegato sette.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà produrre le fatture di spesa in originale nonché eventualmente copia della cartella clinica.

Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

E) Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni – garanzia invalidità permanente da infortunio

1) La garanzia è prestata verso la corresponsione di un premio derivante dall'applicazione dei tassi, indicati nella scheda di copertura del presente certificato, da applicarsi alle retribuzioni relative alle categorie di dipendenti assicurati.

Il premio viene anticipato in base ai preventivi di retribuzione indicati nella scheda di copertura del presente certificato relativamente a ciascuna categoria di Dipendenti assicurati.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni anno assicurativo o del minor periodo di durata del certificato, il Contraente è tenuto a comunicare all'Assicuratore l'ammontare effettivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato.

L'Assicuratore, in base alle comunicazioni suddette, procederà alla regolazione del premio definitivo e le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate entro 30 giorni dall'emissione del relativo documento. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La somma dovuta all'Assicuratore a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale il presente certificato abbia avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio anticipato all'atto della stipulazione del certificato o sue successive modificazioni.

2) Agli effetti assicurativi per "retribuzione" si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, quali lo stipendio, tutti gli elementi della retribuzione aventi carattere continuativo, comprese le provvigioni i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso e purché, su tali importi, sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese, assegni famigliari e gli importi corrisposti a titolo di T.F.R.

3) Per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" quella che l'Assicurato ha percepito nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio e calcolata come previsto all'art.2) che precede.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, sarà considerata "retribuzione annua" la retribuzione ordinaria risultante dalla busta paga del mese antecedente quello dell'infortunio o, in difetto, quella del mese stesso dell'infortunio, moltiplicata per il numero delle mensilità spettanti per CCNL.

4) 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 di cui all'Art.1) che precede, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente o dell'Azienda indicata nel modulo del presente certificato, a libri che le suddette si obbligano ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in loro possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore.

F) Clausola Dirigenti

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente alle persone aventi la qualifica di Dirigente o di Quadro, ove tale obbligo fosse previsto dal CCNL:

- a) la garanzia per i casi di morte ed invalidità permanente si intende prestata anche se tali eventi derivassero da malattie professionali riconosciute dal D.P.R. del 30/06/1965 n° 1124 e successive modificazioni.
- b) qualora in conseguenza di infortunio professionale o extra professionale o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro degli assicurati risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la sussistenza di un rapporto di impiego in qualità di Dirigente presso qualsivoglia datore di lavoro, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente verrà liquidata al 100%. L'Assicuratore, a tal fine rinuncia all'applicazione dell'Art.14) delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- c) la garanzia per il caso di invalidità permanente verrà prestata senza tenere conto della franchigia eventualmente prevista.

G) Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio

Qualora, a seguito dello stesso evento, indennizzabile ai sensi del presente certificato, l'Assicurato riporti postumi invalidanti superiori al 50%, gli Assicuratori corrisponderanno allo stesso il 100% della somma assicurata nel certificato.

H) Rischio comune

Si conviene che il presente certificato di assicurazione forma rischio comune con il certificato richiamato nella scheda di copertura di cui è parte complementare ed integrante.

Le parti si impegnano pertanto a mantenere contemporaneamente in vigore il presente certificato e quello formante con esso rischio comune.

Si prende atto, altresì che nessun indennizzo per sinistro potrà essere corrisposto in virtù del presente certificato nel caso sia stato corrisposto un indennizzo per lo stesso sinistro in virtù del certificato che forma rischio comune.

I) Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate nel contratto.

J) Rischio "in itinere"

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

K) Rischio trasferte

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato nel corso di trasferte fuori sede per ragioni di lavoro dal momento dell'inizio della trasferta stessa senza interruzioni sino al rientro in sede.

L) Limitazione delle garanzie agli infortuni extra-professionali

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

M) Estensione terrorismo

In deroga a qualsiasi condizione contraria inclusa in questa assicurazione, o in qualsiasi appendice relativa ad essa, si stabilisce che la copertura è estesa a qualsiasi danno fisico alla persona causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato a: "Atti di terrorismo".

Per "Atto di terrorismo" si intende un atto o atti commessi da parte di qualsiasi persona o gruppo di persone che, sulla base di scopi religiosi, ideologici, politici o simili, vengono compiuti con l'intento di influenzare i governi e/o mettere in condizioni di timore l'opinione pubblica o parte di essa.

In ogni caso questa estensione non copre qualsiasi danno fisico alla persona quando:

- (i) La persona assicurata prenda parte attiva agli eventi menzionati o durante il servizio di leva nelle attività di esercitazione o in ogni caso quando sia in servizio in qualità di membro delle Forze Armate;
- (ii) Oppure quando il danno fisico alla persona sia causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato ad uno o più dei seguenti atti:

L'utilizzo di armi nucleari, la minaccia di uso di armi nucleari e l'utilizzo di armi chimiche biologiche e di distruzione di massa.

Questa esclusione è valida indipendentemente da qualsiasi causa che ha contribuito all'utilizzo di armi nucleari, alla minaccia di uso di armi nucleari e all'utilizzo di armi di distruzione di massa o biologiche.

Si prende atto che:

- (i) per uso di arma nucleare di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi tipo di arma nucleare esplosiva o dispositivo o l'emissione, scarica, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile emanante un livello di radioattività in grado di causare morte o invalidità permanente degli esseri umani e animali.
- (ii) Per uso di armi chimiche o di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuga di qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, quando convenientemente distribuito, sia in grado di causare l'invalidità permanente o morte di esseri umani o animali.
- (iii) Per uso di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuga di qualsiasi microrganismo patogeno (causante malattie) o tossine prodotte biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e sintesi chimiche di tossine) in grado di causare invalidità permanente o morte di esseri umani o di animali.

L'estensione di cui sopra non sarà applicabile in relazione a danni fisici occorsi in uno dei paesi di cui alla lista di seguito riportata.

Afghanistan, Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Cecenia, Ciad, Costa d'Avorio, Eritrea, Georgia, Iran, Iraq, Israele, Liberia, Libia, Nigeria, Pakistan, Repubblica Centrafricana, Repubblica del Congo, Rwanda, Siria, Somalia, Sudan, Turchia Sud-Est, Yemen, Ucraina.

N) Estensione Rischio Guerra

In deroga all'esclusione per "guerra" inclusa in quest'**assicurazione** o in qualsiasi appendice relativa ad essa, si stabilisce che quest'**assicurazione** viene estesa a qualsiasi **danno** fisico alla persona causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato a:

Guerra, invasione, atti di un nemico straniero, ostilità o operazioni di guerra dichiarata o no, guerra civile, ribellione, insurrezione, rivoluzione, potere militare usurpato e legge marziale;

In ogni caso quest'estensione non copre qualsiasi danno fisico alla persona quando:

- (i) la persona assicurata prende parte attiva ad uno degli eventi menzionati o durante il servizio di leva nelle attività di esercitazione o in ogni caso quando in servizio in qualità di membro delle Forze Armate;
- (ii) oppure sia causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato ad uno o più dei seguenti atti:
 - (a) guerra, dichiarata o no, tra uno dei seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione degli Stati Russi e Stati Uniti d'America, oppure
 - (b) guerra in Europa, dichiarata o no, con esclusione di azioni autorizzate dalle Nazioni Unite nelle quali sono utilizzate le Forze Armate di uno dei paesi al punto (a), oppure
 - (c) uso, minaccia di uso e rilascio di armi nucleari, di armi di distruzione di massa o biologiche ed indipendentemente da qualsiasi causa contributiva all'uso, alla minaccia d'uso ed al rilascio stesso.

L'estensione di cui sopra non sarà applicabile in relazione a danni fisici occorsi in uno dei paesi di cui alla lista di seguito riportata.

Afghanistan, Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Cecenia, Ciad, Costa d'Avorio, Eritrea, Georgia, Iran, Iraq, Israele, Liberia, Libia, Nigeria, Pakistan, Repubblica Centrafricana, Repubblica del Congo, Rwanda, Siria, Somalia, Sudan, Turchia Sud-Est, Yemen, Ucraina.

O) Inabilità temporanea a seguito di infortunio

Se a seguito di un infortunio indennizzabile a termini del presente certificato, l'Assicurato ha per conseguenza una inabilità ad attendere alle sue occupazioni, l'Assicuratore liquida la diaria assicurata nei limiti della somma prevista nella scheda di copertura al presente certificato, a decorrere dal 16° giorno successivo a quello dell'infortunio e cessa col giorno dell'avvenuta guarigione clinica. Se l'inabilità temporanea risulta inferiore a 15 giorni, si conviene che non si farà luogo ad indennizzo.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

P) Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

- 1) Nei limiti della somma assicurata prevista dalla scheda di copertura al presente certificato l'Assicuratore riconosce il rimborso delle spese mediche rese necessarie a seguito di infortunio, con l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 50,00 per evento, per:
 - a) rette di degenza in Ospedale o Clinica;
 - b) onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - c) accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
 - d) terapie e medicinali (per questi ultimi entro il limite del 20% del massimale assicurato);
 - e) spese per il trasporto all'istituto di cura o all'ambulatorio;
 - f) spese fisioterapiche (con un limite di 5 sedute fisioterapiche e con un massimo rimborsabile di 150,00 a seduta).
- 2) Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà produrre le fatture di spesa in originale nonché copia della cartella clinica.
- 3) Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Q) Rimborso spese mediche da ricovero a seguito di infortunio

- 1) Nei limiti della somma assicurata prevista dalla scheda di copertura al presente certificato l'Assicuratore riconosce il rimborso delle spese mediche rese necessarie a seguito di infortunio, con l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 50,00 per evento, e sostenute a seguito di un ricovero per:
 - a) rette di degenza in Ospedale o Clinica;
 - b) onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale Di intervento;
 - c) accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
 - d) terapie e medicinali (per questi ultimi entro il limite del 20% del massimale assicurato);
 - e) spese per il trasporto all'istituto di cura o all'ambulatorio.
- 2) Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà produrre le fatture di spesa in originale nonché copia della cartella clinica.
Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

R) Indennità giornaliera da ricovero

Se in conseguenza dell'Infortunio l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 120 (centoventi), anche non consecutivi, dal giorno dell'Infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

S) Indennità giornaliera da ingessatura

Se in conseguenza dell'Infortunio all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 50 (cinquanta) fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

T) Invalidità Permanente (Tabella INAIL) integrata dal Quadro 1 (Supervalutazione arti)

La presente garanzia è prestata unicamente in favore degli Assicurati il cui uso delle mani, dell'udito e della vista risulti di fondamentale importanza per lo svolgimento della professione svolta.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida a tale titolo l'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella allegata al DPR N. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche, integrata dal Quadro n. 1 di seguito indicato e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, eventualmente richiamata nella scheda di copertura "Franchigia Relativa per Invalidità Permanente".

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso;

se trattasi di minorazione, le percentuali indicate nella tabella richiamata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita funzionale o anatomica di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

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

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Quadro 1 - Specifiche per la perdita anatomica o funzionale / Nessuna Franchigia applicabile

Perdita anatomica o funzionale di :		Invalidità permanente totale sulla somma assicurata
Cecità o perdita totale della facoltà visiva	un occhio	80%
	entrambi	100%
Sordità completa	un orecchio	50%
	bilaterale	100%
Braccio, avambraccio della mano	destro	100%
	sinistro	75%
Un pollice	destro	100%
	sinistro	60%
Un indice	destro	100%
	sinistro	55%
Un medio	destro	30%
	sinistro	25%
Un anulare	destro	15%
	sinistro	10%
Un mignolo	destro	15%
	sinistro	12%

U) Regolazione Premio

Al termine dell'annualità assicurativa l'Assicuratore procederà, in base alle comunicazioni ricevute dal Corrispondente, alla regolazione del premio definitivo e le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate entro 30 giorni dall'emissione del relativo documento. Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La somma dovuta all'Assicuratore a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale il presente certificato abbia avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio anticipato all'atto della stipulazione del certificato o sue successive modificazioni, oltre gli accessori e le imposte governative.

V) Aumento indennizzo a seguito Rapina, Estorsione, etc,

L'Assicuratore paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al successivo articolo.

Z) Malattie Tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa alle Malattie Tropicali, qualora l'Assicurato compri di essersi sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi e vaccinazione.

A parziale deroga di quanto previsto agli Art. da A.1) a A.9 Franchigie Invalidità permanente da infortunio delle Condizioni Particolari e fermo restando i criteri tutti di indennizzo di cui alla presente polizza, resta convenuto che agli effetti della presente estensione di garanzia non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.

Rimane inoltre convenuto che in caso di sinistri che colpiscano la Categoria Dirigenti, non troverà applicazione la franchigia prevista dal presente Articolo.

Per malattie tropicali si intendono quelle riconosciute tra la medicina, tra le quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo:

- | | |
|---|---|
| 1 - Malaria | 25 - Anchilostomiasi |
| 2 - Febbre emoglobinurica | 26 - Bilkarziosi |
| 3 - Tripanosomiasi | 27 - Distomiasi varie |
| 4 - Liesahamiososi | 28 - Cisticerosi |
| 5 - Febbre gialla | 29 - Broncospirochetosi |
| 6 - Peste | 30 - Trichinosi |
| 7- Tifo petecchiale e febbri tifo petecchiali simili | 31 - Malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, ecc.) |
| 8 - Febbri ricorrenti | 32 - Sprue |
| 9 - Dengue e dengue simili | 33 - Morsicature di serpenti e di altri animali velenosi |
| 10 - Febbre del Mar Rosso ed affini (massauina etc.) | 34 - Malattie da veleni vegetali |
| 11 - Meningite cerebro-spinale epidemica | 35 - Malattie da agenti fisici (colpo di calore, colpo di freddo, ecc.) |
| 12 - Morbo di Weil | 36 - Malattie da ingestione di cibi guasti |
| 13 - Soduku | 37 - Framboesia |
| 14 - Brucellosi (metilense) etc. | - - Lebbra |
| 15 - Tetano | - - Ulcera tropicale |
| 16 - Morva | 40 - Filariosi |
| 17 - Rabbia | 41 - Miasi |
| 18 - Tifo addominale, paratifi e simili | 42 - Bubbone climatico |
| 19 - Vaiolo, vaioloide, vaccinia, alatrini | 43 - Funicolite epidermica |
| 20 - Amebiasi e sue complicanze | 44 - Rinocleroma |
| 21 - Dissenteria bacillare, da protozoi, da pratelminti, da nematelminti da artropodi | 45 - Dermatosi tropicali di qualunque origine |
| 22 - Colite ulcerosa | 46 - Micosi |
| 23 - Colera ed infezioni coleriformi | |
| 24 - Teniasi, ascaridiosi, ossuriosi, tricocefalosi, flagellosi | |

ASSICURATO / CONTRAENTE



.....

CONDIZIONI PARTICOLARI
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA

A) Garanzia di invalidità permanente conseguente a malattia

1) Oggetto dell'Assicurazione

Resta convenuto che la garanzia di cui al certificato in oggetto s'intende estesa al caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di inclusione dell'Assicurato nella garanzia di cui al presente certificato e comunque non oltre la data della sua cessazione.

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

Per Invalidità Permanente s'intende la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

2) Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti, direttamente od indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. n.1124 del 30/6/1965 e successive modificazioni;
- eventi connessi a guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezioni, atti di terrorismo e sabotaggio organizzato.

3) Persone non assicurabili

L'assicurazione non vale:

- I) per le persone di età superiore ai 60 anni. Per quelle già assicurate, l'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale del certificato immediatamente successiva al compimento del 60° anno di età;
- II) per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati o disturbi paranoici e cessa con il manifestarsi delle predette condizioni.

4) Somme e persone assicurate

La somma, così come le persone assicurate (minimo 5 teste assicurate), risultano indicate nella scheda di copertura.

5) Determinazione del premio a somme fisse

La garanzia è prestata verso la corresponsione di un premio derivante dall'applicazione dei tassi, indicati nella scheda di copertura del presente certificato, da applicarsi alla somma assicurata, per ciascun nominativo, pure ivi indicato.

Per le inclusioni di nominativi in corso di durata contrattuale, resta inteso quanto segue:

- Se l'inclusione avviene nel primo semestre del periodo assicurativo, verrà computato l'intero premio annuo;
- Se l'inclusione avviene nel secondo semestre del periodo assicurativo verrà computato il 65% del premio annuo.

6) Determinazione del premio a somme variabili

La garanzia è prestata verso la corresponsione di un premio derivante dall'applicazione dei tassi, indicati nella scheda di copertura del presente certificato, da applicarsi alle retribuzioni relative alle categorie di dipendenti assicurati.

Il premio viene anticipato in base al preventivo di retribuzione indicato nella scheda di copertura del presente certificato.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni anno assicurativo o del minor periodo di durata del certificato, il Contraente è tenuto a comunicare all'Assicuratore l'ammontare effettivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato.

L'Assicuratore, in base alle comunicazioni suddette, procederà alla regolazione del premio definitivo e le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate entro 30 giorni dall'emissione del relativo documento. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La somma dovuta all'Assicuratore a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale il presente certificato abbia avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio anticipato all'atto della stipulazione del certificato o sue successive modificazioni.

Agli effetti assicurativi per "retribuzione" si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, quali lo stipendio, tutti gli elementi della retribuzione aventi carattere continuativo, comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso e purché, su tali importi, sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese, per assegni famigliari e gli importi corrisposti a titolo di T.F.R.

7) Criteri di indennizzabilità

- I) - L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata;
 - qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti;
 - nel corso dell'assicurazione, le Invalidità Permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie;
 - nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.
- II) La valutazione del grado di invalidità permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa dell'Assicurato.

8) Franchigia

Premesso che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24% (ventiquattroper cento) della totale, in caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente superiore al 24% (ventiquattroper cento), l'Assicuratore liquida l'indennità detraendo dalla percentuale accertata i primi 24 punti a titolo di franchigia.

9) Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da infortunio

10) Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

11) Diritto all'indennità

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata accertata nella sua entità, l'Assicuratore paga agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato (come stabilito all'art. 11) 1° comma delle Condizioni Generali di Assicurazione) l'indennizzo valutato come previsto all'art. 7) - Criteri di indennizzabilità - che precede.

12) Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Premesso che è considerata data dell'evento quella in cui la malattia è stata diagnosticata per la prima volta, l'Assicurato deve denunciare all'Assicuratore, a mezzo lettera raccomandata, ed entro 60 gg. dalla data in cui viene diagnosticata, ogni malattia che, secondo il parere del proprio medico, possa comportare il verificarsi - anche in futuro - di un'invalidità permanente indennizzabile a termini del presente certificato.

L'eventuale invalidità sarà accertata non prima che siano trascorsi 180 giorni e non oltre i 18 mesi dalla data della denuncia della malattia.

La visita fiscale per l'accertamento dell'invalidità verrà effettuata alla presenza sia del medico dell'Assicurato che di quello incaricato dall'Assicuratore e verranno considerate esclusivamente le conseguenze dirette della malattia denunciata, valutate al momento dell'accertamento, senza tener conto dell'eventuale ulteriore decorso della malattia.

Successivamente alla data di cessazione del rapporto di lavoro, ovvero di rescissione del presente certificato, nessun indennizzo sarà corrisposto salvo che per le invalidità permanenti conseguenti a malattie diagnosticate per la prima volta antecedentemente alla data di cessazione del rapporto di lavoro o di rescissione del presente certificato e notificate come previsto al 1° comma del presente articolo.

13) Rinvio alle Condizioni Generali

Per quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni Particolari, valgono le Condizioni Generali di Assicurazione.

B) Clausola Dirigenti invalidità permanente conseguente a malattia

- i) L'Assicuratore rinuncia a conoscere preventivamente l'esistenza di eventuali invalidità permanenti da malattia preesistenti alla data dell'1/1/1986 per i Dirigenti d'Industria. Viene tuttavia fatto obbligo che in caso di richiesta di indennizzo per invalidità permanente da malattia, a' sensi del presente certificato, l'Assicurato ne faccia contestuale dichiarazione, al fine di liquidare l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive cagionate dalla malattia denunciata come se avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti
- II) Esclusivamente per gli Assicurati appartenenti alla categoria "Dirigenti d'Industria" l'assicurazione è prestata:
 - 1) per le malattie insorte successivamente al 1/1/1986, e prima dell'inclusione dell'Assicurato nella garanzia di cui al presente certificato, l'invalidità verrà riconosciuta limitatamente ad un indennizzo pari a quanto previsto dal CCNL e purché tale invalidità comporti la risoluzione del rapporto di lavoro in qualità di Dirigente ed una riduzione permanente delle sue capacità lavorative generiche, in misura non inferiore al 50% e senza tenere conto di quanto previsto al punto 8) franchigia della Condizione Particolare A);
 - 2) per le malattie insorte successivamente alla data di inclusione dell'Assicurato nella garanzia di cui al presente certificato, l'indennizzo verrà liquidato in base alla somma assicurata e tenendo conto di quanto previsto al successivo comma III) nonché al punto 8) franchigia per Invalidità Permanente della Condizione Particolare A);
- III) La valutazione del grado di invalidità permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa dell'Assicurato. Qualora, in conseguenza di malattia insorta nei tempi previsti dal punto 1) della Condizione Particolare A), le capacità lavorative dell'Assicurato risultino permanentemente ridotte in misura non inferiore al 50% e che non consentano la sussistenza di un rapporto di impiego in qualità di Dirigente d'Industria presso qualsivoglia datore di lavoro, la somma assicurata verrà liquidata al 100%, a prescindere dal grado di invalidità effettivamente valutato, fatto salvo quanto previsto al comma II) del presente art. B) .

C) Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni – garanzia invalidità permanente da malattia

- 1) La garanzia è prestata verso la corresponsione di un premio derivante dall'applicazione dei tassi, indicati nella scheda di copertura del presente certificato, da applicarsi alle retribuzioni relative alle categorie di dipendenti assicurati. Il premio viene anticipato in base ai preventivi di retribuzione indicati nella scheda di copertura del presente certificato relativamente a ciascuna categoria di dipendenti assicurati. Entro 30 giorni dalla fine di ogni anno assicurativo o del minor periodo di durata del certificato, il Contraente è tenuto a comunicare all'Assicuratore l'ammontare effettivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato. L'Assicuratore, in base alle comunicazioni suddette, procederà alla regolazione del premio definitivo e le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate entro 30 giorni dall'emissione del relativo documento. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La somma dovuta all'Assicuratore a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale il presente certificato abbia avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio anticipato all'atto della stipulazione del certificato o sue successive modificazioni.

- 2) Agli effetti assicurativi per "retribuzione" si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, quali lo stipendio, tutti gli elementi della retribuzione aventi carattere continuativo, comprese le provvigioni i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso e purché, su tali importi, sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese, assegni famigliari e gli importi corrisposti a titolo di T.F.R.
- 3) Per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" quella che l'Assicurato ha percepito nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio e calcolata come previsto all'art.2) che precede. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, sarà considerata "retribuzione annua" la retribuzione ordinaria risultante dalla busta paga del mese antecedente quello dell'infortunio o, in difetto, quella del mese stesso dell'infortunio, moltiplicata per il numero delle mensilità spettanti per CCNL.
- 4) 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 di cui all'Art.1) che precede, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente o dell'Azienda indicata nel modulo del presente certificato, libri che le suddette si obbligano ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in loro possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore.

D) Tabella per il calcolo dell'Invalità Permanente conseguente a malattia superiore al 24%

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art.8) Franchigia, si precisa che :

In caso di malattia che abbia per conseguenza una invalità permanente di grado superiore al 24% (ventiquattro per cento) gli Assicuratori liquidano una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Percentuale di Invalità Permanente Accerta	Percentuale di Invalità Permanente Liquidata
Fino al 24	Nessuna
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
35=55	nella % accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66=100	100

ASSICURATO/CONTRAENTE

