

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INDIVIDUALE INFORTUNI E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

CONDIZIONI GENERALI

Definizioni

- Assicurazione: Il contratto di assicurazione;
- Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione;
- Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- Assicuratori: Alcuni membri dei Lloyd's, sottoscrittori della presente Assicurazione;
- Premio: La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;
- Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- Indennizzo: La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Art.1) Esclusioni

La presente Assicurazione non copre:

- 1.1 I danni direttamente e indirettamente dovuti o causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari, atti di terrorismo o sabotaggio, occupazioni, serrate, nonché colpi di stato civili e militari, guerre, invasioni, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o meno), guerre civili, rivoluzioni, insurrezioni, potere militare o usurpato, legge marziale, confisca, nazionalizzazione, requisizione, distruzione o danneggiamento di beni derivanti da atti o disposizioni delle Pubbliche Autorità sia Centrali che Regionali o Locali.
- 1.2 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati da trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, mareggiate, maremoti o frane.
- 1.3 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati da dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle persone delle quali egli deve rispondere a norma di Legge.
- 1.4 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati anche solo parzialmente da radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o suoi componenti.
- 1.5 Qualunque danno che non sia materiale e diretto, salvo specifico patto in deroga.

Art.2) Dichiarazioni inesatte e reticenze

Gli Assicuratori determinano il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori.

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

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga rinnovo o appendice.

Art.3) Forma dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche, proroghe, rinnovi e sostituzioni della presente assicurazione debbono essere provati per iscritto.

Art.4) Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1898 C.C. In caso di recesso gli Assicuratori rimborseranno la parte di premio al netto dell'imposta dalla data in cui la comunicazione del recesso prende efficacia sino alla scadenza del contratto.

Art.5) Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio tale che se fosse stata conosciuta al momento del perfezionamento della assicurazione avrebbe portato alla pattuizione di un premio minore, gli assicuratori ridurranno proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinunciano al diritto di recesso.

Art.6) Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sullo stesso interesse e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato o il Contraente deve dare agli Assicuratori comunicazione scritta degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, gli Assicuratori della presente copertura assicurativa saranno tenuti a pagare soltanto la propria quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori. Gli Assicuratori, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione possono recedere dalla presente assicurazione con preavviso di 15 Giorni.

Art.7) Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente, prima di aver diritto a qualsiasi indennizzo dovrà:

- a) darne avviso agli Assicuratori appena ragionevolmente possibile e comunque, non oltre dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato o il Contraente ne ha avuto conoscenza,
- b) fornire agli Assicuratori o ai periti incaricati quelle informazioni e prove al riguardo che gli Assicuratori possano ragionevolmente richiedere.

Art.8) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di contratto, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o gli Assicuratori possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori questo ha effetto dopo 30 giorni e gli Assicuratori entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborseranno la parte di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art.9) Richiesta fraudolenta

Qualora l'Assicurato o il Contraente avanzasse una richiesta intenzionalmente falsa o fraudolenta, sia per quanto riguarda l'importo richiesto sia altrimenti, egli decadrà dal diritto all'indennizzo di cui alla presente Assicurazione.

Art.10) Comunicazioni

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, telex, telefax o per telegramma:

- a) per quanto riguarda le comunicazioni dirette agli Assicuratori: al Corrispondente dei Lloyd's tramite il quale è stata effettuata l'assicurazione od al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's.
- b) per quanto riguarda le comunicazioni all'Assicurato all'ultimo indirizzo conosciuto dagli Assicuratori.

Art 11) Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno sarà determinato con le seguenti modalità:

- a) dagli Assicuratori, o da un Perito da questi incaricato con il Contraente o persona da lui designata; oppure, a richiesta di una delle Parti;
- b) fra due Periti nominati uno dagli Assicuratori ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

Nel caso in cui le parti abbiano nominato due periti che non abbiano raggiunto un accordo, questi potranno nominare un terzo Perito e le decisioni saranno prese a maggioranza di voti.

Il terzo Perito, su richiesta anche di uno solo dei periti, dovrà essere nominato anche prima che si verifichi il disaccordo. Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano su quella del terzo Perito, tali nomine vengono demandate, su iniziativa della parte più diligente, al presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

A richiesta di una delle Parti, il terzo Perito deve essere scelto fuori dalla provincia dove è avvenuto il sinistro. Ciascuna delle parti sostiene la spesa del proprio Perito; quello del terzo è per metà a carico dell'Assicurato che conferisce agli assicuratori la facoltà di pagare detta spesa e di prelevare la sua quota dell'indennizzo dovutogli.

Art.12) Mandato dei periti

I Periti devono:

- a) indagare sulle circostanze di tempo e luogo e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'Art 7.
- d) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno e delle spese. Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art.11 lettera b) i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti. I risultati delle suddette operazioni peritali sono vincolanti per le Parti salvo gli errori di conteggio che dovranno essere rettificati. Le Parti rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno. La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia. I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

Art.13) Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, gli Assicuratori provvederanno al pagamento dell'indennizzo entro 60 Giorni.

In caso di accertamento giudiziale del danno, il pagamento dell'indennità resta sospeso sino alla data di esecutività della sentenza.

Art.14) Domande giudiziali

La rappresentanza processuale passiva è stata conferita dagli Assicuratori dei Lloyd's, al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's. Pertanto, ogni domanda giudiziale relativa a quanto stabilito nella presente Assicurazione dovrà essere proposta contro: "Gli Assicuratori dei Lloyd's, che hanno assunto il rischio derivante dal Contratto di Assicurazione n° (**vedi Modulo**) in persona del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's.

Art.15) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.16) Rinvio alle norme di legge

Per quanto non diversamente stabilito si applicano le disposizioni di legge italiana.

Art.17) Decorrenza della Assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza stessa; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento. I premi convenuti devono essere pagati al Lloyd's Coverholder che ha emesso la polizza.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, fermo il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

DATA

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

Ai fini degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato sottoscritto dichiara di aver attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali:

Art.6) Assicurazione presso diversi assicuratori; Art.8) Recesso in caso di sinistro; Art 11) Procedura per la valutazione del danno; Art.12) Mandato dei periti; Art.13) Pagamento dell'indennizzo

DATA

L'ASSICURATO/CONTRAENTE



19/10/2022

CONDIZIONI PARTICOLARI (CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI)

A parziale modifica e ad integrazione di quanto previsto dalle "Definizioni" delle Condizioni Generali, nel testo che segue si intendono:

- **Per Contraente:** il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione;
- **Per Assicurato:** la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Per Beneficiario:** il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità in caso di sua morte;
- **Per Società** I soggetti che prestano l'assicurazione;
- **Per Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Per Broker:** l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza al quale il Contraente / Assicurato ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini del presente contratto;
- **Per Premio:** la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;
- **Per Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- **Per Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Per Indennizzo:** la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
- **Per Scheda di Copertura:** il documento che riporta i dati identificative dell'Assicurato/Contraente, le garanzie assicurate, le condizioni ed il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- **Per Ricovero:** La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
- **Per Istituto di Cura:** L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
- **Per Franchigia Temporale:** Il periodo di tempo che intercorre tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
- **Per Inabilità Temporanea da Infortunio:** Inabilità totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa

ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga di quanto previsto dall' art. 6 delle Condizioni Generali, "Assicurazione presso diversi assicuratori", il Contraente è tenuto a dichiarare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni limitatamente a quelle da lui contratte con gli spettabili Lloyd's a copertura dei medesimi rischi.

COMUNICAZIONI

A parziale deroga dell'art. 10 delle Condizioni Generali, "Comunicazioni", tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, chi per esso o gli aventi diritto, sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax all'Intermediario e pertanto tutte le comunicazioni da quest'ultima ricevute si intendono ricevute dagli Assicuratori.

ESCLUSIONI

A totale deroga dell'art. 1 delle Condizioni Generali, "Esclusioni", la presente assicurazione non copre:

- a) la morte e l'invalidità permanente da malattia, fatto salvo se non direttamente convenuto (i.e. "Malattie Tropicali"; "Clausola Dirigenti"; "Malattie Professionali"; "Contagio da HIV o Epatite B,C"), intendendosi per malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ferma restando l'operatività della copertura per gli infortuni subiti in occasione di malori, vertigini e simili.
- b) gli infortuni derivanti da:
- da guerra e guerra civile, salvo quanto previsto dalla successiva Condizione Particolare "Rischio Guerra"
 - Suicidio, tentato suicidio od autolesione intenzionale, ferma restando la copertura per gli infortuni determinati da imperizia, negligenza ed imprudenza anche gravi.
 - Partecipazione attiva dell'Assicurato ad azioni aventi carattere violento, delittuose o sediziose, fatto salvo l'intervento motivato da solidarietà umana.
 - Uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili a meno che essi non siano stati prescritti da un medico.
 - Trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche.
 - Dalla partecipazione a competizioni agonistiche, intendendosi per tali quelle ove l'Assicurato sia ingaggiato dietro corrispettivo in denaro, a meno che detta attività sia dichiarata all'atto della stipula del contratto.
 - Guida di veicoli o natanti a motore per la quale l'Assicurato non sia in possesso delle abilitazioni previste dalla legge.
 - Pratica a qualunque titolo di paracadutismo e sport aerei in genere.
 - Reazioni Nucleari, Radiazioni Nucleari o contaminazioni radioattive.
 - alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, sciistiche e di ogni altro sport invernale in genere nonché alle relative prove ed allenamenti;
 - a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
 - all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: immersione subacquee con respiratore, alpinismo, comprendente uso di funi e guide, speleologia, attività equestre e/o caccia a cavallo e/o gara/concorsi ippici

SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione vale altresì in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o a carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette condizioni di sospensione.

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace, la garanzia potrà operare esclusivamente per i rischi non connessi con lo svolgimento del servizio cui l'Assicurato è chiamato.



19/10/2022

PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone colpite da alcoolismo, infermità mentali, epilessia, tossicodipendenza e pertanto non saranno risarcibili gli eventuali infortuni dalle stesse subiti.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni, e si procederà al rimborso del premio imponibile pro-rata.

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 7 delle Condizioni Generali ("Obblighi in caso di sinistro"), la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere comunicata all'ufficio del Broker presso il quale è stata stipulata la polizza entro 60 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, chi per esso o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità

Il Broker attiverà il gestore dei sinistri incaricato dalla Società:

- **Capanna Group S.r.l.**

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Gli Assicuratori corrispondono l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio; non sarà pertanto indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche preesistenti.

CONTROVERSIE

In caso di divergenze sull'assicurabilità delle persone, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere 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 aventi giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'Assicurato, presso la sede del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's, presso la sede del Broker al quale è affidata la gestione della polizza o in comune italiano a scelta dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano la somma assicurata per il caso morte ai beneficiari designati; in difetto di designazione gli Assicuratori liquidano la suddetta somma agli eredi legittimi o testamentari.

MORTE PRESUNTA

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari indicati nel contratto il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori avranno diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.



19/10/2022

INVALIDITÀ PERMANENTE (Tabella INAIL)

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per 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 e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo "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, 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.

FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE (richiamata in Scheda di Copertura e salvo non diversamente specificato nella stessa)

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%;
- Con riferimento agli Assicurati delle seguenti categorie: Studenti, Pensionati e Casalinghe verrà applicata una franchigia fissa del 10%.

BENEFICIARI

Beneficiari per il caso di invalidità permanente si intendono gli Assicurati stessi, mentre per il caso di morte gli eredi legittimi e testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del Contraente, degli Assicuratori o del Broker.

CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto alle persone indicate al precedente, la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiede rimborso in caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non 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, gli Assicuratori pagano agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.



19/10/2022

ERNIE DA SFORZI

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui alla presente polizza, si considerano a tutti gli effetti quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, anche se in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:

- a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente pari al 10% della somma assicurata a tale titolo. In caso di contestazione circa la natura dell'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo procedura stabilita all'Articolo 9 "Controversie" delle Condizioni Particolari di polizza;
- b) 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 un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

MASSIMO INDENNIZZO CATASTROFALE

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone Assicurate con la presente polizza, l'esborso a carico degli Assicuratori non potrà superare la somma complessiva di €10.000.000,00 (diecimilioni/00).

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

MASSIMO INDENNIZZO PER "CALAMITÀ NATURALI"

Limitatamente agli infortuni derivanti da eruzioni vulcaniche, inondazioni e movimenti tellurici, l'esborso massimo in relazione a questa Assicurazione non potrà superare €10.000.000,00 (diecimilioni/00) in conseguenza di un unico evento. Nel caso quindi di sinistro che colpisca un numero di persone assicurate con la presente polizza comportante un indennizzo complessivamente superiore al predetto massimale, la somma da corrispondere a ciascun infortunato sarà proporzionalmente ridotta.

VALIDITÀ TERRITORIALE

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.

BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente e/o (se previsto) dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipula del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, né riduce lo stesso, sempre che ciò sia avvenuto in buona fede, fermo restando il diritto degli Assicuratori una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza degli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni dagli Assicuratori stessi effettuate in virtù del presente contratto.

LIMITE DI ETÀ

Salvo se diversamente pattuito, la presente assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa in tale momento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in ogni caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto delle tasse governative.



19/10/2022

ANTICIPO INDENNIZZO

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro per il caso di invalidità permanente, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno € 50.000,00 (cinquantamila/00).

L'obbligo degli Assicuratori verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

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 € 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.

MALATTIE TROPICALI

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

Fermi 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) Liesahamaniosi | 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. | 38) Lebbra |
| 15) Tetano | 39) Ulcera tropicale |
| 16) Morva | 40) Filariosi |
| 17) Rabbia | 41) Miasi |
| 18) Tifo addominale, paratifi e simili | 42) Bubbone climatico |
| 19) Vaiolo, vaioloide, vaccinia, alatrìn | 43) Funicolite epidermica |
| 20) Amebiasi e sue complicità | 44) Rinocleroma |
| 21) Dissenteria bacillare, da protozoi, da prateminti, 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 | |



CLAUSOLA DIRIGENTI

Qualora con la presente polizza si assicurasse la Categoria Dirigenti, la garanzia per i casi di morte ed invalidità permanente si intende prestata anche se tali eventi derivassero da malattia professionale riconosciuta nel D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modificazioni, o riconosciuta tale dalla Magistratura, che si manifesti nel corso della validità del presente contratto o entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione dello stesso.

Resta convenuto che qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità del presente contratto, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di Dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

Partecipazione a gare o prove

La garanzia è estesa anche alla partecipazione di gare - e relative prove o allenamenti – organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI - purché a titolo gratuito - per tutte le attività sportive **con esclusione di sport invernali, paracadutismo, il parapendio e gli sport aerei in genere, anche se svolti a titolo non professionale.**

La presente estensione di garanzia è operante con l'applicazione di una franchigia del 5% che si annulla in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 15%, salvo non prevista in misura superiore dalle condizioni di Polizza.

Pratica sport invernali

Fermo restando quanto già previsto dal paragrafo "Esclusioni", la garanzia è estesa anche alla pratica di sport invernali (esclusa la partecipazione a gare) purché a titolo gratuito - per tutte le attività sportive **con esclusione di salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, bob, sci estremo, anche se svolti a titolo non professionale.**

La presente estensione di garanzia è operante con l'applicazione di una franchigia del 7% che si annulla in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 15%, salvo non prevista in misura superiore dalle condizioni di Polizza.

Rimane convenuto che in caso di sinistri risarcibili ai sensi della Condizione Particolare Aggiuntiva "Malattie Tropicali", il disposto di cui al presente articolo non troverà applicazione, e varrà pertanto la franchigia prevista dal suddetto articolo.

SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio, che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO RAPINA, ESTORSIONE, ETC...

Gli Assicuratori pagano 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.

AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO COMMORIENZA CONIUGI

Gli Assicuratori pagano una seconda volta la somma convenuta per il caso di morte ai figli minorenni che risultano beneficiari dell'assicurazione, quando il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato.



19/10/2022

MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al

D.P.R. 30 giugno del 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino al verificarsi del sinistro, o dalla Magistratura), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto od entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione dello stesso, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché lo stato morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

CONTAGIO DA HIV ED EPATITE B o C (esclusivamente agli individui operanti nel settore del c.d. "Comparto Sanitario")

Nei limiti e alle condizioni riportati di seguito, la Società garantisce il pagamento dell'indennizzo stabilito in polizza per i casi di contagio da virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) ed Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza, come descritto di seguito:

- a) per il solo caso di Invalidità Permanente, restando escluso il caso di decesso dell'Assicurato
- b) nel limite del capitale assicurato e salvo diversamente pattuito, fino ad un massimo di €100.000,00 (centomila/00);
- c) senza applicazione di franchigia

Comparto Sanitario

Ai fini e agli effetti del presente articolo e, in particolare, del punto a) di cui al precedente paragrafo, per "Comparto Sanitario" si intende: tutto il personale esercente l'attività sanitaria, tecnico sanitaria, riabilitativa, diagnostica, assistenziale; gli autisti soccorritori (come normato dalla legge 251/2000 e dal Decreto Ministeriale del 29/03/2001 e s.m.i., di cui ai Decreti Ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali); gli Operatori Socio-Sanitari (qualificati secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/02/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale); gli Assistenti Sociali (come qualificati dalla Legge n. 84 del 23/03/1983 e in possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'art. n. 2 della legge 341 del 19/11/1990 e s.m.i.) .

Denuncia del presunto Contagio

A parziale deroga e integrazione del precedente art. #3.7 "Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi", l'Assicurato e/o il Contraente devono denunciare il sinistro entro 15 giorni dal presunto contagio dal momento cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da tutta la documentazione medica e clinica e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

- 1) A distanza di 5 giorni dal presunto contagio;
- 2) A distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
- 3) A distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2);

Esiti test di cui al punto 1):

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2):

- Positivo: l'assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Esiti test di cui al punto 3):

- Positivo: l'assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo



19/10/2022

CONDIZIONI AGGIUNTIVE**(OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA)****A) LIMITAZIONE ALL' AMBITO PROFESSIONALE**

L' assicurazione si intende limitata ai soli infortuni che l'assicurato subisca durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta.

L'Assicurazione vale altresì per gli infortuni subiti dall' Assicurato mentre si reca dal proprio domicilio alla sede di lavoro e viceversa.

B) LIMITAZIONE ALL'AMBITO EXTRAPROFESSIONALE

L' assicurazione si intende limitata ai soli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento di attività che non rientrino nell'attività professionale svolta.

C) INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa, la Società liquida la somma assicurata integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere a qualsiasi attività lavorativa.

L'Indennità per Inabilità Temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'Infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta Indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale specificata nella seguente tabella:

Franchigia temporale :

Categoria A:	i primi 8 giorni
Categoria B:	i primi 10 giorni
Categoria C:	i primi 10 giorni
Categoria D:	i primi 15 giorni

D) INDENNITÀ GIORNALIERA DI 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.

E) 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.

F) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese di cura rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, sostenute entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Il rimborso delle spese comprende:

- a) onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- b) uso della sala operatoria e materiale di intervento;
- c) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- d) medicinali prescritti dal medico curante;
- e) onorari medici;
- f) accertamenti diagnostici;
- g) trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica in autoambulanza;
- h) spese fisioterapiche.



19/10/2022

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione dell'originale dei documenti giustificativi che devono essere presentati entro un mese dal termine della cura.

Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere d) e g) l'onere a carico della Società non potrà superare il 10% della somma massima rimborsabile assicurata.

Per le prestazioni di cui alla lettera h) l'onere a carico della Società non potrà superare le 5 sedute fisioterapiche con un massimo rimborsabile di € 150,00 a seduta.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per detta garanzia il massimale per sinistro e per anno assicurativo o frazione si intende fissato nella somma indicata sulla scheda di polizza, comunque non superiore a € 10.000,00 (diecimila/00).

Per la presente garanzia verrà applicata una franchigia di € 75,00 (settantacinque/00) per sinistro.

G) RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata e non) o di insurrezione popolare per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino o dello Stato della Città del Vaticano in un Paese sino ad allora in pace e a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

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.**

H) 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.**

I) INVALIDITÀ PERMANENTE (Tabella INAIL) Integrata dal Quadro 1

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per 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, e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo #4.1.4 "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%.

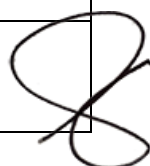
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella richiamata tabella INAIL, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente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



INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo tutto quanto previsto dalla polizza base, e ad integrazione di quanto previsto dall'Oggetto dell'Assicurazione della stessa, l'assicurazione è estesa al caso di **invalidità permanente conseguente a malattia**, sempre che questa si manifesti successivamente alla stipula del presente contratto, intendendosi per tale ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

LIMITE DI ETÀ

Salvo se diversamente pattuito, la presente assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 60 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa in tale momento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in ogni caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto delle tasse governative.

ESCLUSIONI

Ad integrazione di quanto previsto dall'Articolo 4 "Esclusioni" della polizza base, la presente assicurazione non copre le invalidità permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) malattie professionali di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche, qualora già assicurate dalla polizza base;
- c) malattie manifestatesi antecedentemente la data di effetto della presente polizza, e dirette conseguenze delle stesse.

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

- A) in caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità 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 Invalidità Permanente Accertata	Percentuale di Invalidità 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
da 35 a 55	Come da % accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83



19/10/2022

63	87
64	91
65	95
66=100	100

B) 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.

Per i 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 dell'Assicurato allo svolgimento della propria attività o di ogni altra attività confacente le sue attitudini ed abitudini.

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 dagli Assicuratori, fornire agli stessi ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

DIRITTO ALL'INDENNITÀ

Il diritto all'indennità è di carattere personale, non è quindi trasferibile.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata documentata nella sua entità, gli Assicuratori pagano ai beneficiari dell'Assicurato l'indennizzo dovuto.

DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di qualsiasi invalidità che, secondo il parere del medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza, deve essere comunicata al Broker, corredata da certificato medico ed a mezzo lettera raccomandata, entro 90 giorni dal rilascio del certificato.

Gli Assicuratori si impegnano ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

A richiesta dell'Assicurato la visita medica per stabilire la risarcibilità e l'entità del sinistro verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico degli Assicuratori.



19/10/2022

SANZIONI FINANZIARIE INTERNAZIONALI APPENDICE NO.1 - SEMPRE OPERANTE**Sanction Limitation and Exclusion Clause ~ LMA3100**

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

TRADUZIONE:

Gli assicuratori e i riassicuratori non sono tenuti a fornire coperture e non sono tenuti a pagare i sinistri o fornire altri vantaggi nella misura in cui la fornitura della copertura, il pagamento del sinistro o la disposizione di tali vantaggi esporrebbe gli assicuratori e i riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni secondo le risoluzioni delle Nazioni Unite, le sanzioni economiche e commerciali, le leggi e i regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti.



19/10/2022