

DEFINIZIONI

Mod. L&G2/051

Nel testo che segue, si intendono:

- per "Assicurazione" : il contratto di assicurazione;
per "Polizza" : il documento che prova l'assicurazione;
per "Contraente" : il soggetto che stipula l'assicurazione;
per "Assicurato" : il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per "Società" : l'Impresa assicuratrice;
per "Premio" : la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;
per "Rischio" : la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
per "Sinistro" : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
per "Indennizzo" : la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1) Definizione di infortunio

E' considerato infortunio un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art.2) Delimitazione dell'assicurazione

- a) L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- b) Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 3), anche:
- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni (esclusi gli infarti);
 - le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 30).

Art.3) Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 33) delle Condizioni Speciali;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i) da stato di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- l) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- m) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art.4) Persone non assicurabili – Limite d'età

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa, di certificato medico attestante buona salute.

Art.5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C.

Art.6) Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art.7) Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni.

Art.8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art.9) Variazioni di rischio

L'Assicurato/Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art.10) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 dalla condizioni preesistenti.

Art.11) 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 dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art.12) Morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art.13) Invalidità permanente

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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 di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. 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 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 minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

b) 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.14) Inabilità temporanea

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea al lavoro, sempreché tale garanzia sia prevista in polizza, la Società liquida l'indennità giornaliera assicurata:

- integralmente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio. L'indennità cessa il giorno in cui il trattamento all'Assicurato è considerato completo dal medico curante o l'inabilità al lavoro è terminata, oppure il grado di invalidità permanente può essere fissato, nonché con la morte dell'Assicurato.

b) Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiara ancora inabile al lavoro, la Società è obbligata a fare ulteriori pagamenti solo se la continuazione di detta incapacità è dichiarata da un certificato medico preparato ed inviato alla Società a periodi non superiori a quattordici giorni.

Art.15) Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

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

offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.16) Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Art.17) Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dall'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma.

L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art.18) Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.19) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessar l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'assicurazione non avrà più efficacia.

Art.20) Rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per 365 giorni e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Art.21) Pagamento del premio

L'Assicurato/Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e le addizionali sono pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di quindici giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art.22) Regolazione del premio

Se il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito.

Art.26) Rinuncia alla Rivalsa

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

Art.27) Malore

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

Art.28) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza 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 termine degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società 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.29) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, 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.30) Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'ultimo comma dell'Art. 2) lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che:

A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione.

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

Se l'Assicurato/Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui l'Assicurato/Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato/Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato/Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Qualora il premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, la Società avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta per cento) dell'ultimo premio consuntivo.

Art.23) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Contraente.

Art.24) Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Art.25) Rinvio alle norme di Legge

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

CONDIZIONI SPECIALI

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
 - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
 - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto in indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
 - nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 18) delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

Art.31) Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art.32) Rischio volo

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 aeoclub, 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 la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore all'importo indicato nell'Allegato Mod. L&G2/052, qualunque sia il numero degli

Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art.33) Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI PER POLIZZE INDIVIDUALI

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

A. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE E INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% (cinque per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado superiore al 30% (trenta per cento) la franchigia di cui sopra si intende annullata.

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari a 1/1000 (un millesimo) della somma assicurata per invalidità permanente con il limite massimo giornaliero di € 50,00 (cinquanta).

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di centottanta giorni per evento e per anno a decorrere dal giorno di ricovero in Istituto di cura fino al giorno di cessazione del ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

B. TABELLA SPECIALE SUPERVALUTAZIONE

La Società determina il grado di invalidità permanente sulla base di quanto previsto dall'Art. 13) delle Condizioni Generali di Assicurazione e liquida un'indennità in percentuale sulla somma assicurata come da tabella sottoriportata:

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
1/5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	7
11	8
12	9
13	11
14	13
15/30	15/30
31	32
32	34
33	36
34	38

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70
51/53	75
54/56	80
57/59	85
60/62	90
63/65	95
66	100
67/68	105
69/70	110
71/72	115
73/74	120
75	125
76/100	150

C. DEROGA TACITO RINNOVO

A deroga di quanto disposto dall'Art. 20) delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

D. DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

CONDIZIONI PARTICOLARI PER POLIZZE CUMULATIVE

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

E. ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 7) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

F. ESONERO DENUNCIA INFERMITA' E DIFETTI FISICI

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 4) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

G. ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di

produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
4. Il tasso di premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

H. DEROGA TACITO RINNOVO

A deroga di quanto disposto dall'Art. 20) delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

I. LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurata subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza.

L. LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AGLI INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

M. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE

(VALIDA PER I RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA-PROFESSIONALI)

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

N. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE

(VALIDA SOLO PER I RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI)

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

O. CLAUSOLA DIRIGENTI

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

a) Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

b) Grave invalidità permanente

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire una attività lavorativa in mansioni compatibili, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

c) Sport pericolosi

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

P. DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di polizza, con conseguenza di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

ASSICURATO/CONTRAENTE

ACE European Group Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia

Dichiaro che mi è stata consegnata prima d'ora la NOTA INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER IL CONTRAENTE, di cui alle circolari ISVAP n. 303 del 02/06/97 e n. 518/D del 21/11/2003, di averne preso attenta visione e di averne compiutamente compreso il contenuto.

Preso atto dell'informativa resa ai sensi della legge 675/96 la Contraente si impegna ad ottenere il consenso dell'interessato (Assicurato e/o beneficiario e/o dei terzi danneggiati) al trattamento da parte della Società dei suoi/loro dati eventualmente forniti in relazione all'esecuzione degli obblighi della presente polizza.

Data

Firma

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente gli Articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente
- Art. 7) Altre assicurazioni
- Art. 8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni
- Art. 18) Controversie
- Art. 19) Facoltà di recesso dal contratto dopo ogni denuncia di sinistro
- Art. 20) Tacita proroga del contratto in mancanza di disdetta 30 giorni prima della scadenza
- Art. 24) Foro competente

ASSICURATO/CONTRAENTE