

DIFESA INFORTUNI



**Danni da infortuni
e garanzie accessorie.**

**Linea
Protezione Persona**

Il presente documento, contenente:

- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione del documento di polizza.**

AREA CLIENTI

La tua assicurazione a portata di mano

L'Area Clienti Assimoco è il nostro modo di esserti sempre vicino.
Uno spazio personale dove potrai trovare tutto ciò che riguarda le tue polizze:
scadenze, documenti, sinistri aperti e molto altro.
Iscriviti subito su assimoco.it, bastano pochi click!



ACCEDI A TUTTI I DOCUMENTI



CONTROLLA LE SCADENZE



SEGUI UN SINISTRO



E MOLTO ALTRO!

CON L'AREA CLIENTI ASSIMOCO PUOI:

- Monitorare** lo stato di avanzamento di un sinistro
- Controllare** le scadenze e dettagli delle tue polizze
- Accedere** in ogni momento a tutti i documenti
- Controllare** i valori di riscatto delle polizze vita
- Accedere** ai contatti della tua filiale o della tua Agenzia

REGISTRARSI È SEMPLICE, TI BASTA:

1. Il Codice Fiscale
2. Il numero di polizza
3. L'accesso alla tua casella di posta elettronica

PER INFORMAZIONI:

Via email all'indirizzo: areaclienti@assimoco.it
Al numero verde: 800 97 68 68
Attivo dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, dalle 8.30 alle 18.30

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MALATTIA E INFORTUNI

PRODOTTO “DIFESA INFORTUNI”

Mod. 466 Difesa Infortuni

Il presente documento, contenente:

- **Condizioni Generali di Assicurazione**
- **Glossario**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del documento di polizza

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
Mod. D466 CG 02 - Ed. 04/2018 - Aggiornamento al 1 maggio 2018

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa:

- A)** per contratti collegati a finanziamenti e con pagamento tramite RID, dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
- B)** per tutti gli altri contratti, dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;

ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

ART. 2 - FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Compagnia può concedere il pagamento frazionato.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato o il Contraente devono dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile.

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 6 - PROROGA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta data tra le parti mediante lettera raccomandata spedita almeno due mesi prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Il Contraente/Assicurato ha comunque facoltà di dare disdetta nei modi e nei termini sopraindicati, ad ogni scadenza annuale, anche nel caso in cui il contratto sia stato stipulato per una durata poliennale.

ART. 7 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, salve specifiche limitazioni.

ART. 8 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato/Contraente deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato/Contraente omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Compagnia non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato ai termini di polizza e fino al 60° giorno successivo, al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. La Compagnia entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta di legge, relativo la periodo di rischio non corso. La suddetta facoltà di recesso può essere esercitata anche dal Contraente/Assicurato, qualora quest'ultimo rientri nella definizione di "Consumatore" ai sensi dell'Art. 1469 bis Codice Civile. In tal caso il recesso è operante con le modalità previste nei precedenti commi.

Nel caso di contratti su cui sia attivata la garanzia Invalidità Permanente da Malattia non è esercitabile il recesso per sinistro, ferma restando la possibilità di disdetta ad ogni scadenza anniversaria.

ART. 10 - ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

ART. 11 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La Compagnia presta l'assicurazione e determina il premio sulla base delle dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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 delle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 12 - ONERI FISCALI

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

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 14 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, salve le eventuali limitazioni di cui agli Artt. 36 e 37, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- A) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, compresi quelli occorsi durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa;
- B) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità, purché inerente la vita comune, la vita di relazione, lo svolgimento delle attività domestiche, i passatempi e/o hobbies e più in generale le attività legate alla vita di ogni giorno. Si precisa che in tali attività si intendono comprese anche quelle prestate in qualità di iscritto ad una Associazione di Volontariato riconosciuta dalla legislazione vigente e svolte durante il servizio di volontariato prestato per conto dell'Associazione stessa; tale copertura, è valida esclusivamente se svolta sul territorio italiano e ciò a parziale deroga dell'Art. 7.

ART. 15 - RISCHI COMPRESI IN GARANZIA

La copertura è operante anche per gli infortuni:

- A) sofferti durante l'uso e/o la guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- B) conseguenti a malore o stato di incoscienza;
- C) subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- D) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- E) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- F) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, a condizione che l'Assicurato si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- G) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, **ferma la limitazione prevista all'Art. 17 lettera a);**

ART. 16 - RISCHI PARIFICATI AD INFORTUNIO

Sono altresì considerati infortuni:

- A) l'asfissia non di origine morbosa;
- B) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze tossiche, purché dovuti a cause fortuite e involontarie, nonché le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di malattie tropicali;
- C) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- D) l'annegamento;
- E) l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- F) la folgorazione;
- G) le lesioni muscolari determinate da sforzi (comprese le ernie addominali) e le lesioni sottocutanee dei tendini **nei limiti di quanto indicato all'Art. 31. Sono esclusi gli infarti, le lesioni muscolari non determinate da sforzi e le ernie diverse da quelle addominali da sforzo.**

ART. 17 - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso anche come passeggero: di aeromobili di Società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo);
- b) dall'utilizzo come pilota o come componente dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, ivi compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;

- d) da 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.);
- e) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, nonché da volontaria alterazione psichica da qualsiasi causa determinata; da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- f) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- g) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, salvo quanto previsto all'Art. 15 lettera e) e f);
- h) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- i) da interventi chirurgici, accertamenti o di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- l) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- m) dall'uso e/o della guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti;
- n) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere;
- o) dalla pratica di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e altre discipline assimilabili a sport estremi;
- p) dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a livello ricreativo:
 - 1) equitazione, hockey, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, pugilato, rugby, football americano, scalata di qualsiasi tipo dal terzo grado in poi, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, bob, skeleton, pugilato, speleologia, immersioni con autorespiratore;
 - 2) calcio, calcetto, ciclismo e sport ippici in genere in occasione di manifestazioni svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni.
- q) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, in caso di polizze di durata inferiore ad un anno.

ART. 18 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Compagnia fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) non avrebbe consentito a stipulare l'assicurazione, si conviene che nel caso in cui una o più delle malattie o delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso di efficacia del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile. Non sono parimenti assicurabili:

- A) tutti gli appartenenti alle Forze Armate e alle Forze dell'Ordine quali a titolo esemplificativo, i Corpi di: Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Vigili del Fuoco, ivi compreso il personale degli Istituti di Vigilanza;
- B) collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, investigatori privati, guardie del corpo, controfigure e stuntman, attività circensi.

Pertanto ai sensi di quanto previsto al successivo Art. 24, qualora al momento del sinistro l'attività svolta sia annoverabile alle suddette, non si darà luogo a nessun indennizzo.

ART. 19 - PRESTAZIONI PRINCIPALI**A) MORTE**

La Compagnia indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato. L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per il caso invalidità permanente. La prestazione viene erogata anche se la morte dell'Assicurato si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE

La Compagnia indennizza la somma assicurata prevista sulla base dei criteri di cui all'Art. 26 qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, intendendosi per tale la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

C) INABILITÀ TEMPORANEA

La Compagnia indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza una inabilità temporanea, intendendosi per tale la perdita temporanea, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.

D) INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE

La Compagnia indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza, la contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanicica o con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente. Alla gessatura è parificata l'immobilizzazione attuata chirurgicamente attraverso mezzi di osteosintesi. Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale, la diaria verrà corrisposta per un **massimo di 30 giorni per sinistro**. In caso di applicazione di un mezzo di contenzione, anche diverso da quelli indicati, l'indennità da immobilizzazione verrà riconosciuta per le seguenti patologie:

- a) fratture di una o più arti o di vertebre, radiograficamente rilevate;
- b) lesioni miocapsulari e/o legamentose rilevate con diagnostica strumentale (Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare, Ecografia).

E) INDENNITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO

La Compagnia indennizza, nel limite della somma assicurata prevista, qualora l'infortunio abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura, con degenza comportante pernottamento e documentata da cartella clinica oppure in regime di **Day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni**.

F) RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Compagnia indennizza, nel limite della somma assicurata prevista, qualora l'infortunio abbia come conseguenza il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati. **È escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e/o rese necessarie dall'infortunio.** Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque indennizzato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi;
- b) gli accertamenti diagnostici;
- c) le cure, i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio);
- d) le rette di degenza;
- e) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di 365 giorni, di carrozzine ortopediche;
- f) il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo di soccorso allo scopo abilitato, all'Istituto di Cura o in ambulatorio **entro il limite massimo del 10% della somma assicurata.**

ART. 20 - PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

Sono altresì previste le seguenti prestazioni:

A) Danni estetici

In caso di infortunio, rientrante nelle prestazioni principali previste a termini di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, verranno rimborsate le spese sanitarie 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. Questa garanzia è prestata fino ad un importo di **Euro 5.000,00** che rappresenta il limite massimo di rimborso per sinistro e anno.

B) Commorienza genitori

Se in seguito ad infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte dei genitori, sempreché entrambi assicurati con la Compagnia, l'indennizzo per il caso morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari ai sensi del presente contratto, viene aumentata del **50%**.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap ancorché maggiorenni (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa). Il cumulo delle somme pagate in eccedenza al capitale assicurato non potrà superare la somma assicurata indicata in polizza.

C) Anticipo indennizzo

Su richiesta dell'Assicurato e trascorsi almeno **120** giorni dalla data di accadimento dell'infortunio, in caso di evento con postumi invalidanti stimabili dalla Compagnia non inferiori al **25%**, e previa presentazione di idonea documentazione medica, la Compagnia pagherà un acconto pari al **50%** del presumibile ammontare dell'indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, fermo il limite massimo della somma assicurata indicata in polizza. Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Compagnia circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

D) Decesso all'estero

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia rimborserà le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma, fino all'importo massimo di **Euro 5.000,00**. In caso di decesso di più persone assicurate con la presente polizza, a seguito del medesimo evento, la Compagnia ripartirà l'indennizzo proporzionalmente ai capitali assicurati per la garanzia Morte e non sarà comunque tenuta a corrispondere somme superiore a quella prevista.

Si intendono escluse le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione della stessa, come anche ogni altra spesa relativa alla cerimonia funebre.

ART. 21 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione è stipulabile per persone di età non superiore ai **75** anni e cessa alla successiva scadenza annuale dal momento in cui le persone assicurate raggiungono detto limite di età in corso di contratto.

Con riferimento a tutte le forme di copertura per le persone che raggiungono in corso di contratto un'età superiore a **75** anni, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale del premio senza obbligo di disdetta. Fermo quanto disposto dal precedente paragrafo, è comunque facoltà dell'Assicurato previo pagamento del premio annuo dovuto, di prorogare la durata dell'assicurazione oltre il **75°** anno di età.

In tal caso gli indennizzi delle prestazioni previste in polizza, saranno liquidati in misura pari al **30%** delle somme indicate in polizza.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 22 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

ART. 23 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ - PATOLOGIE PREESISTENTI

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di cui alla Tabella allegata alla Polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 24 - ATTIVITÀ DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente/Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- a) l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non costituisce aggravamento del rischio;
- b) l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, secondo le indicazioni contenute nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività costituisce aggravamento del rischio.

Attività professionale svolta al momento del sinistro	Attività professionale dichiarata		
	Classe A	Classe B	Classe C
Classe A	100%	100%	100%
Classe B	85%	100%	100%
Classe C	70%	85%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate nell'apposito elenco allegato alla polizza. In caso di attività eventualmente non specificata in tale elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o di analogia ad una attività elencata. Il disposto del presente articolo non si applica comunque alle garanzie Indennità per Immobilizzazione, Indennità per Ricovero Ospedaliero e Rimborso Spese Mediche.

ART. 25 - LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera A), la Compagnia corrisponderà la somma assicurata prevista ai beneficiari designati. In difetto di designazione, la Compagnia liquida detta somma agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del C.C. o dell'Art. 211 del C.N. l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari l'indennizzo previsto per il caso di morte.

Se, dopo che la Compagnia avrà pagato l'indennizzo, sarà provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta della somma pagata, l'Assicurato potrà far valere i suoi diritti nel caso in cui abbia subito un infortunio con conseguenze invalidanti permanenti come previste all'Art. - 19 lettera B).



Tuttavia se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 26 - DETERMINAZIONE E LIQUIDAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE – SCAGLIONE 002

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella di seguito riportata.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di funzionalità perduta, che sarà accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri della Tabella seguente:

Parte anatomica	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedi tabella specifica)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		===
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		8%
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%
- delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%

Parte anatomica	Destro	Sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia un qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somme matematiche, fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione. La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

In caso di afachia monolaterale:

• con visus corretto 10/10, 9/10, 8/10	15%
• con visus corretto di 7/10	18%
• con visus corretto di 6/10	21%
• con visus corretto di 5/10	24%
• con visus corretto di 4/10	28%
• con visus corretto di 3/10	32%
• con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativi.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri ivi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente, determinata in base alla Tabella, ove non diversamente indicato con eventuali allegati, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 3% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 3% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 5% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 5% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 10% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 10%** della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore a quello per invalidità permanente

ART. 27 - LIQUIDAZIONE DELLA INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera C), la liquidazione dell'indennizzo per inabilità temporanea, verrà effettuata nel modo seguente:

- A) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- B) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dal settimo giorno successivo a quello dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

In particolare, la Compagnia liquida l'indennità per inabilità temporanea totale e/o parziale:

- a) **dal 7° giorno** dopo quello dell'infortunio per il totale di quanto identificato sulla base dei punti 1 e 2 che precedono;
- b) **dal 16° giorno** dopo quello dell'infortunio per il **50%** della somma identificata sulla base dei punti 1 e 2 che precedono.

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio purché regolarmente denunciato nei termini di polizza, o in caso di denuncia tardiva dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità. Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella della prognosi indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato alla Compagnia. Per gli infortuni che si verificano al di fuori dell'Europa, l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto limitatamente all'accertato periodo di ricovero ospedaliero fino alle ore 24 del giorno del rientro in Europa, L'indennizzo per inabilità temporaneo è cumulabile con quello dovuto per Morte e Invalidità Permanente (Art. 19 - lettere A e B).

ART. 28 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ DA IMMOBILIZZAZIONE

Se l'infortunio rende necessaria l'applicazione di gessatura, o comunque di immobilizzazione secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera D), la Compagnia corrisponderà per ogni giorno l'indennizzo giornaliero indicato in polizza, per la durata massima di sessanta giorni per ogni infortunio.

Alla gessatura è parificata quella attuata chirurgicamente attraverso mezzi di osteosintesi. Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale l'indennità verrà corrisposta per un **massimo di 30 giorni per sinistro**.

ART. 29 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in Istituto di Cura secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera E), la Compagnia corrisponderà per ogni giorno di degenza con pernottamento, l'indennizzo giornaliero indicato in polizza, per la durata **massima di 360 giorni**. Il rimborso sarà effettuato dalla Compagnia a completa guarigione clinica, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti le cause e la durata del ricovero. Il giorno di entrata e di dimissione sono considerati un'unica giornata. La domanda di rimborso e la relativa documentazione di cui sopra devono essere presentati alla Compagnia entro il 45 giorno successivo a quello in cui è avvenuta la dimissione dall'Istituto di Cura.

In caso di ricovero in regime di Day Hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la Compagnia corrisponderà **un indennizzo pari al 50%** della somma assicurata indicata in polizza, per ogni giorno di degenza e per un periodo **massimo di 60 giorni** per infortunio e anno assicurativo.

ART. 30 - LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza un rimborso delle spese secondo quanto previsto all'Art. 19 - lettera F), la Compagnia rimborserà le spese sostenute entro il massimale indicato in polizza per infortunio e anno assicurativo.

ART. 31 - LIQUIDAZIONE DELLE ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO – LESIONI SOTTOCUTANEE DEI TENDINI

Se l'infortunio ha come conseguenza ernie traumatiche o da sforzo o lesioni sottocutanee dei tendini, la Compagnia corrisponderà:

- A) nel caso in cui l'ernia risulti operabile, un indennizzo giornaliero per il periodo di ricovero in Istituto di Cura con il limite di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 19 - lettera B) con il massimo di **Euro 100,00**;
- B) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, un indennizzo **non superiore al 10% della somma assicurata** per invalidità permanente (Art. 19 - lettera B). Restano fermi i criteri di liquidazione previsti all'Art. 26;
- C) nel caso di lesioni sottocutanee dei tendini, verrà riconosciuto un **indennizzo forfettario pari al 2%** della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 19 - lettera B). In tal caso non saranno operanti i criteri di liquidazione previsti all'Art. 26.

ART. 32 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado di durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione previsti agli Artt. 24, 25, 26, 27, 28, 29, e 30, debbono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ART. 33 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio.



CLAUSOLE SPECIALI

sempre operanti in caso di polizza emessa a copertura di 2 o più Assicurati

ART. 34 - EVENTO CATASTROFALE

Nel caso in cui un unico evento provochi l'infortunio di 2 o più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo complessivo di Euro 3.000.000,00 (tremilioni/00). Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il suddetto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

ART. 35 - ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO PER POLIZZE CUMULATIVE

In caso di polizza stipulata per una pluralità di assicurati, l'assicurazione prestata con il presente contratto è estesa anche agli infortuni che gli Assicurati subiscano in qualità di passeggeri, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- a) su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- b) su aeromobili di aeroclub.

La copertura inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata da agenzie di viaggio a favore della clientela.

Resta stabilito che il totale delle somme assicurate con la presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dal Contraente, dagli Assicurati o da altri in suo favore con la Compagnia, non potrà superare l'importo di:

Euro 1.000.000 per il caso di morte per persona

Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente per persona

e di Euro 5.000.000 per aeromobile.

CLAUSOLE SPECIALI
operanti solo se richiamate nella Scheda di Polizza

ART. 36 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI RISCHI PROFESSIONALI

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione, si precisa che si intende operante la sola garanzia per gli infortuni professionali di cui al punto a) del medesimo articolo.

ART. 37 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI RISCHI EXTRA PROFESSIONALI

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione), si precisa che si intende operante la sola garanzia per gli infortuni extraprofessionali di cui al punto b) del medesimo articolo.

ART. 38 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi variabili dallo stesso denunciati ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio iniziale, che costituisce in ogni caso il premio minimo di polizza.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia i dati necessari alla regolazione affinché la Compagnia stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione, fermo restando in ogni caso il premio minimo anticipato. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione e il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Compagnia fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Compagnia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire della prima scadenza annuale successiva alla comunicazione, sulla base di un adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi **non potrà comunque essere inferiore al 75%** di quello dell'ultimo consuntivo.

CLAUSOLE PARTICOLARI
operanti solo se espressamente richiamate in scheda di polizza

ART. 39 - FRANCHIGIA ASSORBIBILE PER INVALIDITÀ PERMANENTE – SCAGLIONE 005

A parziale deroga dell'Art. 26 (Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) se l'invalidità permanente accertata supera il 15% della totale, l'indennizzo sarà determinato senza deduzione di alcuna franchigia, quale che sia la somma assicurata;
- b) qualora invece, l'invalidità permanente accertata sia pari o inferiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà determinato come di seguito indicato:
- d) sulla parte di somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 3% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 3% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- e) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 5% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 5% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- f) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 10% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 10%** della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

ART. 40 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE - SCAGLIONE 004

A parziale deroga dell'Art. 26 (Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 5%** della totale, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 5%** della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 10%** della totale, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 10%** della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

ART. 41 - ABOLIZIONE DELLA FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE - SCAGLIONE 003

A parziale deroga dell'Art. 26 (Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a **Euro 100.000,00** l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 100.000,00** e fino a **Euro 150.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 3% della totale**, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 3% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 5%** della totale, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 5% della totale**, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- d) sulla parte di somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00**, non si darà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato è **minore o uguale al 10%** della totale, se invece il grado di invalidità permanente è **superiore al 10%** della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

ART. 42 - DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE CON TABELLA SPECIALE - SCAGLIONE 006

A parziale deroga dell'Art. 26 (Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella, verrà effettuata nel modo seguente:

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
1	0,40
2	0,80
3	1,20
4	1,60
5	2,00
6	3,00
7	4,00
8	6,00
9	8,00
da 10 a 40	pari al grado di invalidità permanente accertato
da 41 a 66	10,00 in aumento
Oltre 66	100,00

CLAUSOLE PARTICOLARI
operanti solo se espressamente richiamato il relativo allegato in polizza

ART. 43 - SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DEGLI ARTI SUPERIORI - MOD. IN06

A parziale deroga dell'Art. 26 (Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente), ed in particolare delle percentuali prevista dalla Tabella, si conviene tra le parti che, in caso di infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori o di parte di essi, la Compagnia liquiderà l'invalidità permanente secondo le seguenti percentuali:

- perdita dell'arto superiore	100%
- perdita della mano o dell'avambraccio	100%
- perdita del pollice e dell'indice	60%
- perdita della falange ungueale del pollice e dell'indice	30%
- perdita del medio, dell'anulare e del mignolo	25%
- perdita della falange ungueale del medio e dell'anulare del mignolo	5%

In caso di infortunio con perdita di più dita, l'indennità verrà stabilita mediante la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

ART. 44 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INABILITÀ TEMPORANEA - A – MOD. IN07

A parziale deroga dell'Art. 27 (Liquidazione dell'Inabilità temporanea), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità temporanea, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) dal 10° giorno dopo quello dell'infortunio per il totale di quanto identificato sulla base dei punti 1 e 2 di cui all'Art. 27;
- b) dal 16° giorno dopo quello dell'infortunio per il 50% della somma identificata sulla base dei punti 1 e 2 di cui all'Art. 27.

ART. 45 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INABILITÀ TEMPORANEA - B – MOD. IN08

A parziale deroga dell'Art. 27 (Liquidazione dell'Inabilità temporanea), la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità temporanea, verrà effettuata nel modo seguente:

- a) dal 15° giorno dopo quello dell'infortunio per il totale di quanto identificato sulla base dei punti 1 e 2 di cui all'Art. 27;
- b) dal 25° giorno dopo quello dell'infortunio per il 50% della somma identificata sulla base dei punti 1 e 2 di cui all'Art. 27.

ART. 46 - ESTENSIONE AI RISCHI SPORTIVI - MOD. IN09

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 17 Rischi esclusi dall'assicurazione, lettera p) le garanzie prestate con la presente polizza, vengono estese alla pratica di uno o più dei seguenti sport:

- a) Alpinismo con scalata di qualsiasi tipo dal terzo grado in poi;
- b) Pugilato;
- c) Lotta nelle sue varie forme;
- d) Arti marziali nelle loro varie forme;
- e) Football americano e/o Rugby;
- f) Free climbing;
- g) Rafting e canoing;
- h) Atletica pesante;
- i) Immersione con autorespiratore (purché l'Assicurato sia in possesso di brevetto riconosciuto);
- j) Calcio - gare e allenamenti sotto l'egida delle federazioni;
- k) Ciclismo - gare e allenamenti sotto l'egida delle federazioni;
- l) Sport ippici in genere per manifestazioni svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni con l'esclusione delle gare di velocità;
- m) Sci alpino, sci estremo, sci alpinismo, salti dal trampolino con sci; hockey; Bob, Bobsleigh, Slittino (Skeleton);

ART. 47 - COPERTURA COLLETTIVA PER AZIENDE / ENTI - NORME GENERALI - MOD. IN10

Qualora le garanzie prestate con la presente polizza, sono stipulate per collettività aziendali (dirigenti, quadri e/o funzionari, impiegati e/o operai) si intendono operanti le condizioni che seguono:

a) Variazione delle mansioni delle persone assicurate

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle mansioni professionali dichiarate per il singolo assicurato o delle condizioni nelle quali le stesse mansioni sono esercitate, il Contraente deve darne comunicazione nel più breve tempo possibile alla Compagnia. Se la variazione implica un aggravamento del rischio tale che l'Impresa non avrebbe consentito la stipula dell'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli assicurati ai quali si riferisce l'aggravamento. Se la variazione implica aggravamento che richiede un premio maggiore, la Compagnia può richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso. Se la variazione implica invece una diminuzione del rischio, la Compagnia provvederà a ridurre proporzionalmente il premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla variazione, indicando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio.

b) Variazioni delle persone assicurate

La presente assicurazione vale esclusivamente per le persone per le quali permanga un rapporto di dipendenza con il Contraente. Le variazioni del personale assicurato vanno comunicate per iscritto alla Compagnia, che ne prenderà atto emettendo apposita appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone assicurate vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice con il pagamento del maggior premio che risulti dovuto. La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, darà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

c) Variazioni nella persona del Contraente

In caso di alienazione dell'azienda o del complesso delle cose cui si riferisce l'assicurazione, il Contraente, fermo l'obbligo del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve informare la Compagnia e comunicare all'acquirente l'esistenza della copertura assicurativa. L'assicurazione, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per quindici giorni da quello dell'alienazione. Trascorso questo termine l'assicurazione cessa se l'acquirente non ha dichiarato di voler subentrare nel contratto. La Compagnia, nei 30 giorni dalla dichiarazione dell'acquirente, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni. Se l'alienazione riguarda singole cose, l'assicurazione cessa per le cose stesse ed il premio viene proporzionalmente ridotto dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione dell'alienazione, salvo che questa sia seguita dalla sostituzione con altre analoghe.

ART. 48 - CONDIZIONI SPECIFICHE PER ASSICURATI CON QUALIFICA DI DIRIGENTE - MOD. IN11

Per le figure professionali aventi la qualifica di Dirigente, si intendono applicate le seguenti estensioni:

a) Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al DPR 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni intervenute, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che comportino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale. Sono escluse la silicosi e l'asbestosi. Resta ferma l'esclusione di cui all'Articolo 17 lettera d).

b) Invalidità Permanente

La Tabella delle percentuali di Invalidità Permanente prevista all'Articolo 26 delle Norme che Regolano la liquidazione dei Sinistri, si applica con rinuncia da parte della Compagnia della relativa franchigia prevista dal DPR 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni intervenute per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per le malattie professionali e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione in base alle somme assicurate anziché sotto forma di rendita.

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità previsti in polizza, renda obiettivamente impossibile il proseguimento del rapporto di lavoro in qualità di Dirigente e comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura non inferiore al 50% verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

c) Estensione ai rischi sportivi

Si intendono compresi gli infortuni sofferti in conseguenza dello svolgimento di attività sportive e alla partecipazione a gare o manifestazioni sotto l'egida delle rispettive federazioni o associazioni sportive, ferme le esclusioni di cui all'Articolo 17 lettera a) e b), sport aerei in genere e paracadutismo.

ART. 49 - NORME PER L'ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI - MOD. IN12

Qualora l'assicurazione sia prestata per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle categorie indicate nell'apposito allegato, prendendo come riferimento l'ammontare annuo delle retribuzioni, si procederà alla stipulazione della polizza applicando i criteri che seguono:

Definizione di retribuzione

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Somme assicurate

Relativamente alle garanzie base per Morte e per Invalidità permanente, le somme assicurate saranno calcolate applicando i multipli indicati nell'apposito allegato, fermo l'ammontare massimo ivi indicato.

Liquidazione dell'indennizzo e calcolo del premio

Per la liquidazione degli indennizzi è considerata retribuzione quella che l'infortunato percepisce nei 12 mesi precedenti, al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. Tali somme in quanto effettivamente corrisposte all'infortunato, verranno aggiunte alla retribuzione annuale (pagata ricorrentemente in ciascun mese) purché su esse sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato, che costituisce in ogni caso il premio minimo di polizza.

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 relativo premio si farà riferimento alle evidenze amministrative e contabili del Contraente. **Si intende operante la disposizione di cui all'Art. 38.**

ART. 50 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE ALLA SOLA GUIDA DI AUTOVEICOLI - MOD. IN13

A totale deroga di quanto previsto all'Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione, la garanzia prestata con la presente assicurazione vale unicamente per gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la guida di autovetture, autotreni, autoarticolati e autocarri, sempreché lo stesso sia abilitato a norma delle disposizioni di legge. L'assicurazione si intende operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo, fino al momento in cui ne è disceso, ivi comprese le operazioni di salita e discesa.

La garanzia è valida per il conducente del veicolo identificato in polizza (marca, modello e numero di targa).

All'assicurazione di cui alla presente clausola non si applicano le disposizioni di cui all'Art. 6 (Proroga e durata dell'assicurazione). Pertanto a ciascuna scadenza annuale la polizza cessa automaticamente senza obbligo di disdetta tra le parti.

ART. 51 - ASSICURAZIONE PER COMPONENTI GLI ORGANI STATUTARI DI SOCIETA'/ENTI - MOD. IN14

A totale deroga di quanto previsto all'Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione, la garanzia prestata con la presente assicurazione vale per gli infortuni che ciascuno degli Assicurati subisca nello svolgimento delle attività connesse all'adempimento del mandato di carica, intendendosi per tali:

- le convocazioni ordinarie e/o straordinarie degli Organi Sociali, compresi gli infortuni occorsi durante il percorso di trasferimento dall'abitazione al luogo di convocazione e viceversa;
- le attività diverse dalle precedenti, ma svolte per conto e su mandato degli Organi Sociali.

Le condizioni di assicurazione si intendono valide per le persone fisiche debitamente designate e/o nominate quali componenti gli Organi Sociali della Contraente (Consiglio di Amministrazione e/o Collegio Sindacale), che ricoprono tale carica al momento della stipulazione del contratto.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate; per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alle delibere di nomina prevista dallo Statuto, che fin d'ora il Contraente si impegna a fornire in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA
(Valide per assicurazione in forma individuale - Singolo Assicurato)

ART. 52 - COESISTENZA DI POLIZZA INFORTUNI - (INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO)

La validità ed operatività della presenza garanzia (Invalidità Permanente da Malattia) è subordinata alla contemporanea stipulazione, per il medesimo periodo temporale (data di effetto e di scadenza), della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio prevista dalla Sezione Infortuni.

ART. 53 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata esclusivamente per il caso di Invalidità Permanente che sia conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia insorta e manifestata dopo 60 giorni dalla data di effetto del presente contratto e comunque non oltre la data di scadenza del contratto stesso.

ART. 54 - PROPOSTA/QUESTIONARIO - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Per permettere una corretta valutazione del rischio alla Compagnia, occorre compilare in ogni suo punto la Proposta/Questionario che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. La Proposta/Questionario deve essere compilata e sottoscritta dall'Assicurato stesso (o, se l'Assicurato è minore, dal genitore o da chi ne abbia la legale rappresentanza).

La compilazione della Proposta/Questionario è necessaria sia nel caso di emissione di un contratto a nuovo sia nel caso di sua sostituzione e deve essere trasmessa alla Compagnia in entrambe i casi. La Compagnia presta l'assicurazione sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative alle 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 di quanto disposto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il premio di assicurazione sarà determinato prendendo a riferimento l'età dell'Assicurato; per età dell'Assicurato si intende quella effettivamente compiuta alla data di effetto della polizza.

ART. 55 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla effettiva e concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V.. In qualsiasi caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, ed è fatto obbligo alla Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge.

ART. 56 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Fatto salvo quanto previsto dal precedente Art. 55, non trova applicazione quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso di validità del contratto assicurativo.

ART. 57 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni. Il contratto è stipulabile e/o rinnovabile solo fino al raggiungimento del 65° anno di età dell'Assicurato. Per l'Assicurato che raggiunge tale età in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio.

Con riferimento a tutte le forme di copertura per le persone che raggiungono in corso di contratto un'età superiore a 65 anni, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale del premio senza obbligo di disdetta. Fermo quanto disposto dal precedente paragrafo, è comunque facoltà dell'Assicurato previo pagamento del premio annuo dovuto, di prorogare la durata dell'assicurazione oltre il 65° anno di età.

In tal caso gli indennizzi delle prestazioni previste in polizza, saranno liquidati in misura pari al 30% delle somme indicate in polizza.

ART. 58 - CARATTERE PERSONALE DELL'INDENNITÀ

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata dalla Compagnia, quest'ultima corrisponde il relativo importo liquidato o offerto agli eredi dell'Assicurato, secondo le norme della successione legittima e testamentaria.

ART. 59 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 60 - DECORRENZA DELLE GARANZIA - TERMINI DI ASPETTATIVA

L'assicurazione vale per le Invalidità Permanenti in conseguenza di una malattia che sia insorta e si sia manifestata dopo 60 giorni dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 52 della presente polizza, l'assicurazione stessa decorre. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano dalle ore 24 del giorno in cui essa si perfeziona, solo e limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste; resta ferma la decorrenza dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostituita, per le prestazioni da questa già previste.

ART. 61 - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti a:

- a) malattie, malformazioni e stati patologici insorti e/o manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, ancorché dichiarati nella Proposta/Questionario;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, di psicofarmaci, di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- d) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- e) azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona; si intendono invece comprese quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato;
- f) guerre internazionali o civili, lotta armata ed insurrezioni, atti terroristici, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed eventi naturali in genere, intendendosi invece comprese quelle sofferte a seguito di tumulti popolari, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte;
- g) stati patologici direttamente o indirettamente conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di di raggi x e di isotopi radioattivi.
- h) sono inoltre escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto.

Per le maggiori somme conseguenti a variazioni intervenute successivamente alla stipulazione dell'assicurazione, le disposizioni previste alla precedente lettera a) operano dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione, anziché a quella della stipulazione dell'assicurazione.

ART. 62 - DENUNCIA DELLA MALATTIA E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve denunciare alla Compagnia ogni singola malattia che, secondo parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

La denuncia deve essere presentata per iscritto alla Compagnia e/o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 3 giorni dal sinistro/evento o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o ne siano a conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.**

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione necessaria e produrre un certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenze della malattia. Alla denuncia debbono inoltre essere anche allegati o debbono far seguito appena possibile: attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Qualora, in occasione del sinistro/evento, emergessero elementi sullo stato di salute dell'Assicurato rilevanti ai sensi ed agli effetti di quanto disposto all'Art. 54, la Compagnia ha la facoltà di richiedere tutta la documentazione sanitaria ad essi riferiti e pertinenti. Nel caso in cui, prima che la malattia sia stata denunciata, il contratto raggiunga la sua scadenza, la relativa denuncia può essere presentata non oltre 12 mesi dalla data di cessazione del contratto stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

ART. 63 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla singola malattia denunciata. Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dal precedente Art. 61 "Esclusioni", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni e/o difetti fisici coesistenti alla data di stipulazione del contratto.

Nel corso di validità dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità sarà effettuata in modo autonomo, senza valutare il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Se invece la precedente malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residua è stata ritenuta inferiore alla franchigia prevista dal contratto, nel caso gli esiti della nuova malattia concorrano con quelli in precedenza accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Per una migliore definizione di quanto sopra riportato, per malattie coesistenti e malattie concorrenti si devono intendere:

- a) malattie coesistenti: le malattie o invalidità permanenti presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa e/o aggravante sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale;
- b) malattie concorrenti: le malattie o invalidità permanenti presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

ART. 64 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.

La percentuale di invalidità permanente viene determinata ai sensi di quanto esposto al successivo capitolo della presente Sezione dal titolo "PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" dove sono specificati, per ogni sistema organo funzionali:

- a) i criteri di valutazione;
- b) le condizioni che determinano una percentuale di invalidità permanente inferiore al 25%;
- c) le condizioni che determinano una percentuale di invalidità permanente superiore al 74%.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nel suddetto capitolo la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita validità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.

La Compagnia liquida un indennizzo, calcolato sulla somma assicurata, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.

Fasce	Grado percentuale della invalidità Permanente	Indennizzo da liquidare in % sulla Somma Assicurata
1°	Inferiore al 25%	0
2°	Oltre il 25% e fino al 34%	15%
3°	Oltre il 34% e fino al 44%	30%
4°	Oltre il 44% e fino al 54%	45%
5°	Oltre il 54% e fino al 64%	60%
6°	Oltre il 64% e fino al 74%	70%
7°	Oltre il 74%	100%

ART. 65 - PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la documentazione di cui all'Art. 62 e compiuti gli accertamenti del caso per verificare l'operatività della garanzia, valutato il relativo indennizzo la Compagnia liquida l'indennità che risulti dovuta, ne da comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda, tuttavia, sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello della Compagnia - possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

ART. 66 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di surrogazione per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa verso i responsabili della malattia.

ART. 67 - CONTROVERSIE

In caso di divergenza di natura medica sulla natura della malattia o sui miglioramenti che possono essere ottenuti seguendo un adeguato trattamento terapeutico o sul grado di invalidità permanente, 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 assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

La proposta di convocare il Collegio medico deve essere avanzata dall'Assicurato entro e non oltre trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Compagnia e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Compagnia comunica all'Assicurato, entro e non oltre trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle parti sopra una terna di medici proposta dai due 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 Compagnia convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede, a scelta della Compagnia, presso la sede della Compagnia stessa, o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

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

Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

**PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

In riferimento a quanto previsto all'Art. 64 – Determinazione dell'indennizzo -, i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati:

A) SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- disturbi del linguaggio
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica
- disturbi della coscienza
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche)
- disturbi della statica e della marcia
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
I postumi della malattia <u>non comportano</u> nessuna delle seguenti condizioni:	I postumi della malattia <u>comportano</u> almeno una delle seguenti condizioni:
- il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato;	- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;	- il soggetto non può prendere cura di se stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;	- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;	- episodi sincopali, epilettici e convulsioni frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;	- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	- alterazione della mobilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

B) CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Hearth Association (NYHA):

Classe 1:	l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
Classe 2:	l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
Classe 3:	a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
Classe 4:	i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo; ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi

- Pressione arteriosa
- Efficacia della terapia medica e chirurgica
- Criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabili da adeguata terapia;	- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di by-pass coronarico;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativi, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenz di segni di miocardiopatia dilatativi, ipertrofica o restrittiva;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopeali.
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;	
- soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riescono comunque a condurre una vita attiva.	

C) APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici; FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. (Capacità Vitale Forzata). Tali parametri devono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, di test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA (Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio) previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO2) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
I postumi della malattia <u>comportano</u> una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:	I postumi della malattia <u>comportano</u> una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:
- FVC inferiore al 70% de valore teorico CECA; - FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; - FVC 1 / FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA	- FVC inferiore al 50% de valore teorico CECA; - FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; - FVC 1 / FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA
oppure	oppure
- PaO2 superiore all'80% del valore teorico	- PaO2 superiore all'65% del valore teorico

D) APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, le calcolosi renali, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- determinazione della clearance della creatina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
- clearance creatinina superiore a 50ml/min.	- clearance creatinina inferiore a 20ml/min.
oppure	oppure
- clearance creatinina inferiore a 60ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg), senza adeguata terapia	- clearance creatinina inferiore a 30ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg), non controllabile da adeguata terapia
oppure	oppure
- sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	- sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

E) APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio la esofagite, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute croniche, i tumori, ecc, verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
Esofago, Stomaco, Intestino tenue e Pancreas	Esofago, Stomaco, Intestino tenue e Pancreas
I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha <u>comportato</u> sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche, e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico, e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive	I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha <u>comportato</u> non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali, e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico
Colon, Sigma e Retto	Colon, Sigma e Retto
I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo, e Il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica	I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica, e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico
Fegato	Fegato
I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica, e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica, e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione	Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica, e Sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica, e Lo stato di nutrizione è gravemente compromesso

F) SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori ecc, verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive
- criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non suscettibile di trattamento chirurgico
oppure	oppure
diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti	la malattia di per sé controllabile con terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, un'invalidità superiore al 74%.

G) SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%	Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100ml, non necessita di emotrasfusioni	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2/3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure	oppure
sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia	presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure	oppure
leucemia linfatica cronica in 1° stadio	leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa
oppure	
leucemia mieloide controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale	

H) MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti **Criteri di Valutazione**:

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- 1) Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nella presente tabella.
 - 2) Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non sia suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità permanente superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

ELENCO ATTIVITÀ

SETTORE	PROFESSIONI	Classe	
ALTRE ATTIVITA'	Benestanti senza particolari occupazioni	A	
	Casalinga	A	
	Clero (appartenenti al)	A	
	Esplosivi (chiunque abbia contatto)	RD	
	Guida alpina	C	
	Magistrato	A	
	Pensionato	A	
	Pescatore	RD	
	Pescatori (pesca marittima costiera)	RD	
	Pirotecnico	RD	
	Pretore	A	
	Speleologo	RD	
	AGRICOLTURA	Abbattitori di piante	C
		Agricoltori che lavorano manualmente	C
Agricoltori che non prendono parte ai lavori manuali		A	
Allevatori di bestiame che non prestano opera manuale		A	
Allevatori di bestiame che prestano opera manuale		C	
Boscaiolo		C	
Bracciante		C	
Casaro		B	
Coltivatore diretto		C	
Contadino		C	
Fattore		C	
Floricoltore		B	
Frutticoltore		B	
Impiegato con lavoro manuale		B	
Impiegato senza lavoro manuale		A	
Mezzadro		B	
Pastore		B	
Segantino		C	
Stalliere		C	
ARTIGIANATO	Barbiere	C	
	Barista	B	
	Callista	B	
	Calzolaio	C	
	Carbonaio	C	
	Cardatore	C	
	Carpentiere	C	
	Carroziere	C	
	Cartaio	C	
	Ceramista	C	
	Corniciaio	C	
	Cuoco	C	
	Decoratore	B	

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
ARTIGIANATO	Disegnatore	A
	Ebanista	B
	Elettrauto	C
	Elettricista	C
	Estetista	B
	Fabbro	C
	Falegname	C
	Fornaio	C

	Fotografo	A
	Fotoreporter	A
	Gelataio	B
	Giardiniere	C
	Idraulico	C
	Imbianchino	C
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
	Intagliatore	C
	Lavandaia	B
	Legatore di libri	B
	Legnaiolo	C
	Magliaia	B
	Manicure	B
	Maniscalco	C
	Massaggiatore	A
	Materassai	C
	Meccanici	C
	Modista	B
	Ombrellaio	B
	Orefice	B
	Orologiaio	B
	Panettiere	C
	Parrucchiere	B
	Pasticcere	C
	Pedicure	B
	Pellettieri	B
	Pellicciaio	B
	Restauratori di mobili	B
	Restauratori in genere escluso mobili	B
	Riparatori radio-tv elettrodomestici (senza installazione)	B
	Sarto	B
	Scultore	C
	Stagnino	C
	Tappezziere	B
	Tassista	C
	Tipografo	C
	Truccatore	A
	Vetraio	B
	Vetrinista	A
SETTORE	PROFESSIONI	Classe
	Vivaisti - giardinieri	C
	Vulcanizzatore	R.D.
AUTOTRASPORTI		
	Autista di autobus	C
	Autista di autotreni - Tir	C
	Autista di betoniere	C
	Autista di camion	C

	Autista di scuolabus	C
	Autotrasportatori titolari di impresa che guidano veicoli	C
	Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale	A
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
COMMERCIO		
	Antiquari senza restauro	A
	Cartolaio	A
	Commerciante (ambulante, altro)	A
	Commesso di vendita	A
	Concessionari auto-motoveicoli (titolari senza lavoro manuale)	A
	Corriere	C
	Droghiere	A
	Elettricista (rivendita)	A
	Erbivendolo – Ortolano	A
	Farmacista	A
	Fattorino di negozio	B
	Fruttivendolo	A
	Garzone di negozio	B
	Gioielliere	B
	Giornalaio	A
	Grossista	B
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
	Lattaio	A
	Libraio	A
	Macellaio (commerciante)	C
	Merciaio	A
	Oste	A
	Ottico	A
	Pescivendolo	B
	Pizzicagnolo	B
	Profumiere	A
	Salumiere	B
	Tabaccaio	A
	Vinaio	A
SORVEGLIANZA PUBBLICA E/O PRIVATA		
	Agente di polizia	R.D.
	Carabiniere	R.D.
	Corpi di Polizia - Forze dell'Ordine	R.D.
SETTORE	PROFESSIONI	Classe
SORVEGLIANZA PUBBLICA E/O PRIVATA		
	Esercito	R.D.
	Guardia campestre	R.D.
	Guardia carceraria	R.D.
	Guardia di finanza	R.D.

	Guardia di pubblica sicurezza (agente PS)	R.D.
	Guardia giurata / portavalori	R.D.
	Guardia notturna	R.D.
	Guardaboschi	C
	Guardiacaccia	C
	Guardiafili	R.D.
	Guardiapesca	R.D.
	Metronotte	C
	Militari	R.D.
	Sommersgibilista	R.D.
	Vigile	R.D.
	Vigile del fuoco	R.D.
	Vigile del fuoco volontario	C
	Vigile Urbano	R.D.
DIRIGENTI		
	Dirigente senza lavoro manuale	A
	Dirigente con lavoro manuale	B
EDILIZIA		
	Gessaio (industria edile)	C
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
	Muratore	C
	Operaio edile	C
	Pavimentatore/ piastrellista	C
	Perito edile (accesso ai cantieri)	C
	Perito minerario che scende in galleria	C
	Stuccatore	B
	Stuccatore (industria edile)	C
FERROVIE		
	Addetto vendita biglietti	A
	Capostazione	B
	Capotreno	B
	Casellante	B
	Conduttore ferroviario	B
	Controllore ferroviario	B
	Controllore tranviario	B
	Deviatore (FF.SS.)	B
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
	Macchinista FF.SS.	B
IMPIEGATO CON LAVORO MANUALE		
	Analista chimico	A
	Armaiole (prove e collaudi)	C
	Arredatore	A
	Baby sitter	A

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
IMPIEGATO CON LAVORO MANUALE		
	Badante	A
	Bibliotecario	A
	Cancelliere	A
	Cassiere	A
	Chimico (fabbricante di esplosivi, gas e materie varie)	R.D.
	Chimico di laboratorio	B
	Collaboratore domestico	B
	Contabile	A
	Correttore di bozze	A
	Custode di fabbricati	B
	Dattilografo	A
	Enologo/enotecnico	A
	Facchino	C
	Fattorino	C
	Geometra (con accesso ai cantieri)	C
	Geometra (senza accesso ai cantieri)	A
	Guardarobiere	A
	Hostess di terra	A
	Impiegati amministrativi	A
	Impiegato	A
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Inserviente	B
	Ispettori di assicurazione	B
	Maggiordomo	B
	Portiere d'albergo	A
	Posteggiatore	A
	Postino	B
	Ragioniere	A
	Redattore	A
	Segretario	A
	Stenodattilografo	A
	Telefonista	A
	Telegrafista	A
	Traduttore	A
IMPRENDITORE		
	Albergatori con prestazioni manuali	B
	Albergatori senza prestazioni manuali	A
	Armatore	R.D.
	Autorimesse: esercenti che lavorano manualmente	B
	Banchiere	A
	Distributori di carburante (gestori di)	B
	Editore	A
	Imprenditore (non edile)	A
	Imprenditore edile con accesso ai cantieri	C
	Imprenditore edile senza accesso ai cantieri	A

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
LIBERA PROFESSIONE		
	Agronomo	A
	Amministratore	A
	Architetti con lavoro esterno	B
	Architetti prevalentemente in ufficio	A
	Arredatore	A
	Avvocati e procuratori legali	A
	Commercialista	A
	Consigliere delegato	A
	Consulente del lavoro	A
	Geologo	C
	Geometra (con accesso ai cantieri)	C
	Geometra (senza accesso ai cantieri)	A
	Giornalista	A
	Ingegnere	A
	Ingegnere edile (accesso ai cantieri)	C
	Ingegnere minerario che scende in galleria	R.D.
	Ingegneri occupati solo in ufficio	A
	Notaio	A
	Perito	A
	Procuratore legale	A
	Veterinario	B
MODA		
	Indossatore	A
	Maniquin	A
	Modella	A
	Sarto	B
	Bustaio	B
	Cappellaio	B
OPERAI		
	Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie (con uso di esplosivi)	R.D.
	Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie (senza uso di esplosivi)	R.D.
	Addetto agli impianti per la fabbricazione del cemento	C
	Addetto alla manovra delle saracinesche ed al draga	C
	Alesatore	C
	Antennista	C
	Artiere (stalliere)	C
	Ascensorista (lifter)	C
	Autista	C
	Autorimesse: addetti ai lavori di riparazione, lavaggio	C
	Bandaio (lattoniere)	C
	Cameriere	B
	Candeggiatore (industria tessile)	C
	Capomastro	C
	Carbonaio	C

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
OPERAI		
	Cardatore	C
	Carpentiere	C
	Carrozziere	C
	Cartellonista	B
	Cartografo	B
	Cavapozzi	C
	Cavatore	C
	Cementista addetto alla fabbricazione	C
	Collaudatore veicoli o natanti a motore	C
	Conciatore	C
	Disinfettatore e disinfestatore	C
	Doratore	C
	Elettrauto	C
	Elettricista	C
	Elettromeccanico	C
	Elettrotecnico	C
	Escavatorista	C
	Escavatorista (solo controlli ed ispezioni)	A
	Falegname	C
	Filatore	C
	Fochista	C
	Fonditore (industria metallurgica)	C
	Fonditore di caratteri (industria tipografica)	C
	Fornaciaio (industria vetro e pietra)	C
	Frenatore	C
	Fresatore	C
	Fucinatore (industria edile)	C
	Garagista	C
	Gasista	C
	Impaginatore	B
	Installatore ascensori industriali (e manutenzione)	R.D.
	Installatore impianti aerei di trasporto funivie	R.D.
	Lattoniere	C
	Lavorante celluloido	C
	Lavorante industria plastica	C
	Limatore (industria vetro e plastica)	C
	Linotipista	C
	Litografo	C
	Lucidatore	C
	Macellatore	C
	Magazziniere	B
	Magliaia	B
	Manovale	C
	Manovratore (gru, ruspe, pale meccaniche)	C
	Marconista	C

	Marittimo di macchina su piroscafi	R.D.
	Marittimo su veliero, motobarche, ecc.	R.D.
	Marmista	C
OPERAI		
	Meccanico (industria metallurgica)	C
	Meccanico di precisione	C
	Minatore	R.D.
	Monotipista	C
	Montatore di apparecchi	C
	Motorista	C
	Operaio che lavora in galleria (con uso di esplosivi)	C
	Operaio che lavora in galleria (senza uso di esplosivi)	C
	Operaio generico	C
	Operaio industria chimica	C
	Operaio industria plastica	C
	Operatore ecologico	B
	Paccherista	B
	Palombaro	R.D.
	Pozzi neri (personale addetto allo spurgo)	C
	Pulitore (industria vetro e pietra)	C
	Pulitore industria metallurgica	C
	Radiotecnico (che installa antenne)	C
	Saldatore	C
	Scaricatore	C
	Sguattero	C
	Smaltatore	C
	Soffiatore di vetro	C
	Solfataio	C
	Spedizioniere	C
	Stampatore tessile	C
	Tessitore	C
	Tintore	C
	Tornitore (industria metallurgica)	C
	Tornitore in legno	C
	Trattorista	C
	Verniciatore	C
	Vetraio (addetto alla fabbricazione)	C
RAPPRESENTANTE / VENDITORE		
	Agente di pubblicità	A
	Agenti di assicurazione	A
	Agenti di cambio o di borsa	A
	Agenti di commercio	B
	Commessi viaggiatori	B
	Mediatori di bestiame	A
	Mediatori in genere (escluso bestiame)	A
	Piazzista	B
	Rappresentante	B
	Viaggiatore di commercio	B

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
SANITA' PUBBLICA E/O PRIVATA		
	Dentista	B
	Fisioterapista	A
	Impiegato con lavoro manuale	B
	Impiegato senza lavoro manuale	A
	Infermiere / assistente malati di AIDS sieropositivi	B
	Infermiere addetto a reparti di malattie contagiose	B
	Infermiere professionale	A
	Infermiere radiologo	B
	Infermiere sala operatoria	B
	Medico (non radiologo)	A
	Medico chirurgo	B
	Medico radiologo	B
	Odontotecnico	B
	Ortopedico	A
	Ostetrica	B
SCUOLA		
	Assistente universitario	A
	Bidello	A
	Insegnante	A
	Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis	B
	Insegnanti di equitazione	C
	Insegnanti di judò, karatè ed altri sport simili	R.D.
	Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale	A
	Insegnanti di materie sperimentali e di pratica professionale	B
	Ispettore scolastico	A
	Maestro	A
	Preside	A
	Rettore	A
	Studente	A
SPETTACOLO		
	Acrobata	R.D.
	Annunciatore	A
	Attore	R.D.
	Attore (controfigura, cascatore)	R.D.
	Ballerino	B
	Cantante	A
	Circo (personale circense)	R.D.
	Compositore	A
	Controfigura - Stunt man	R.D.
	Coreografo	B
	Critico (letterario, musicale, teatrale, cinematografico)	A
	Direttore d'orchestra	B
	Domatore di belve	R.D.

SETTORE	PROFESSIONI	Classe
SPETTACOLO		
	Funambolo	R.D.
	Impresario teatrale	A
	Musicista	A
	Operatore cinematografico	B
	Pittore	A
	Poeta	A
	Produttore cinematografico	A
	Radiocronista	A
	Regista	A
	Sceneggiatore	A
	Scenografo	A
	Scrittore	A
	Soggettista	A
	Speaker	A
	Telecronista	A
SPORTIVI		
	Allenatore	B
	Calciatore	R.D.
	Ciclista	R.D.
	Fantino	R.D.
	Guida alpina	C
	Insegnanti di alpinismo	C
	Istruttore sportivo	C
	Piloti	R.D.

Sezione	Art .	Garanzia	Limiti	Franchigia	Scoperto	Nota	
Prestazioni Principali Infortuni	26	Invalità permanente da Infortunio	Somma assicurata	Opzionabile dal cliente.		Sulla base delle indicazioni di cui agli artt. 26, 39, 40, 41 e 42	
	27	Inabilità temporanea		Opzionabile dal cliente.		Sulla base delle indicazioni di cui agli artt. 27, 44 e 45	
	28	Indennità per gessatura/immobilizzazioni	Max 30 giorni per sinistro				
	29	Indennità per ricovero ospedaliero	Max 360 giorni				I
		Day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni.	Max 60 giorni per evento e anno assicurativo		50%		
	30 e 19 F	Rimborso spese mediche per l'acquisto o noleggio di carrozzine ortopediche.	Fino ad un max di 365 giorni				
		Rimborso spese mediche per il trasporto dell'assicurato all'istituto di cura o ambulatorio	Entro il limite max del 10% della somma assicurata				
31	Ernie traumatiche e da sforzo o lesioni sottocutanee.	Determinata come da indicazioni di cui all'art 26					
Evento catastrofale	34	Morte o Invalità permanente da infortuni	Euro 3.000.000				
Prestazioni complementari	20	Danni estetici	5.000 € per sinistro e anno.				
		Decesso all'estero	Max 5.000 €				
Invalità permanente da malattia	42	Invalità Permanente Malattia	Somma assicurata	Determinata come da indicazioni riportate nell'art. di riferimento			

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Beneficiario	il soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
Consumatore	il soggetto così come definito dall'Art. 1469 bis del Codice Civile.
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	la degenza in Istituto o Casa di Cura in regime esclusivamente diurno.
Franchigia	la parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
Immobilizzazione	la contenzione con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente. Sono considerate Immobilizzazione anche: a) <u>Gessatura</u> : la contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica. b) <u>Osteosintesi</u> : l'intervento operatorio per la contenzione di segmenti ossei fratturati mediante inchiodamento, infibulamento e applicazione di protesi o tutori.
Infortunio	è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
Invalidità Permanente da Infortunio	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente da Malattia	la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della integrità fisica dell'Assicurato a seguito di malattia, indipendentemente dalla sua professione.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.
Istituto di cura	ogni struttura sanitaria (pubblica o privata), in Italia o all'Estero, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le case di riposo, gli istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute, clinicamente diagnosticabile, non dipendente da infortunio.

Morte	il decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia a fronte dell'assicurazione.
Questionario Anamnestico	Documento che forma parte integrante del contratto/polizza, sottoscritto dal Contraente/Assicurato, necessario a descrivere lo stato di salute dell'Assicurato per determinare le condizioni di assicurabilità.
Ricovero	la permanenza dell'Assicurato a seguito di infortunio in Istituto di Cura con pernottamento.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	la quota percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato e che non è mai inferiore al "minimo" se espresso in cifra.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Compagnia	l'Assimoco S.p.A.