

CARIGE ASSICURAZIONI



GRUPPO BANCA CARIGE

PERSONA



**CONDIZIONI
ASSICURATIVE**



Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni “Rami Elementari”

(predisposta ai sensi dell'Art.123 del Decreto Legislativo 17/3/95 N.175 ed in conformità a quanto disposto con le circolari I.S.V.A.P. N. 303 del 2.6.97 e N. 518/D del 21.11.2003)

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93). Il contratto è concluso con la Sede legale della Società sita in : ITALIA – Viale Certosa n. 222 – 20156 Milano.

INFORMAZIONI GENERALI SUL CONTRATTO

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo 175/95 le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. La Società Carige Assicurazioni S.p.A., di seguito denominata “Società”, propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei si-

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Informazioni specifiche relative al contratto di assicurazione contro le malattie

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni Assicurative contenute in polizza.

1. DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, per cui la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma C.C.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per i danni conseguenti a malattie, salvo quanto specificamente previsto all'art. 55 relativamente al parto e all'aborto nelle loro varie forme e alle conseguenze di

nistri devono essere inoltrati per iscritto a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Revisori Interni, Viale Certosa, 222 – 20156 Milano MI, telefax n. 02/45402417, e-mail reclami@carigeassicurazioni.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'I.S.V.A.P. - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 commi 1 e 2 c.c.

Nell'assicurazione di Responsabilità Civile Diversi, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

stati patologici preesistenti alla stipulazione del contratto, ovvero non conosciuti a tale epoca. Lo stesso articolo 55 regola altresì il periodo di carenza relativamente ai casi di sostituzione, senza soluzione di continuità di un contratto precedente riguardante gli stessi assicurati, ovvero di variazioni contrattuali.

3. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle parti.

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi “il Decreto Legislativo”), CARIGE ASSICURAZIONI intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A)** connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile).
- B)** di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C)** di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

- a) *Comunicazioni obbligatorie:*
sono quelle comunicazioni che la Società e' tenuta a effettuare in base a leggi, regolamenti, normativa comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistratura; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., V.V.UU.); organismi associativi ANIA e consorzi propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.
- b) *Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:*
rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle ca-

tegorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) **Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:**

è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI, ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti, che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude l'opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'art. 7 del Codice conferisce ad ogni *Interessato* taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal *Titolare* la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 - 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il *Responsabile* del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

SOMMARIO

DEFINIZIONI	pag.	4
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE	»	5
CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE	»	5
MODULO PRIMO - INFORTUNI		
Norme che regolano l'assicurazione infortuni	»	6
Condizioni speciali sempre valide ed operanti	»	9
Condizioni aggiuntive	»	11
MODULO SECONDO - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		
Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia	»	13
Condizione aggiuntiva	»	14
MODULO TERZO - INDENNITÀ DA RICOVERO		
Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero	»	15
Condizioni speciali sempre valide ed operanti	»	16
Condizioni aggiuntive	»	16
MODULO QUARTO - RIMBORSO SPESE MEDICHE		
Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche	»	17
Condizione speciale sempre valida ed operante	»	19
Condizioni aggiuntive	»	19
SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE		
Condizioni speciali	»	22
Condizioni aggiuntive	»	22

Definizioni

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.

Consumatore:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

Contraente:

la persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

Day Hospital:

la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.

Evento:

ogni singolo caso di ricovero con o senza intervento chirurgico ovvero ogni singolo caso di intervento chirurgico senza ricovero effettuato in Ambulatorio medico ovvero ogni singola prestazione praticata in Day-Hospital.

Franchigia:

l'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo - nell'assicurazione infortuni la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale - nell'assicurazione malattia la franchigia può essere espressa in giorni.

Inabilità Temporanea:

impedimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura:

mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

Istituto di cura:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Invalidità Permanente:

perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Post-ricovero:

periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Premio:

la somma dovuta alla Società.

Ricovero:

la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società:

La CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

Scoperto:

percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Norme che regolano il Contratto di Assicurazione in generale

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, a' sensi dell'art. 1901 C.C.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, a' sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, a' sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

Art. 8 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO (non valida qualora il Contraente/Assicurato sia un "consumatore")

Dopo ogni sinistro indennizzabile a' termine di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata.

Nel caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 10 - ONERI FISCALI

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

Art. 11 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 14 - PRECISAZIONI

Gli articoli 5 - Aggravamento del rischio -, 6 - Diminuzione del rischio -, 9 - Proroga dell'assicurazione -, non si applicano ai Moduli Secondo, Terzo e Quarto.

Clausola di indicizzazione

(Valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza)

Art. 15 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazione di capitale e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 5%, la variazione stessa viene arrotondata al 5%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni con rimborso del rateo di premio pagato e non consumato.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta.

Modulo Primo - Assicurazione Infortuni

Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

Art. 16 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie;
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

Art. 17 - INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

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

Art. 18 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
 - di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dalla Condizione Speciale A - Rischio Volo -;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì escluse:

- m) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 31 - Controversie - Arbitrato irrituale.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

I rischi di cui alle lettere a), b), d), ed e), sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 19 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione è prestata durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio.

Art. 20 - LIMITE DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, l'esclusione dalle garanzie dell'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 75, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 21 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'Inabilità Temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 22 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli artt. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -, 5 - Aggravamento del rischio -, 6 - Diminuzione del rischio -, 18 - Rischi esclusi -, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:

	Attività dichiarata				
	Classe	A	B	C	D
Attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100	100
	B	80	100	100	100
	C	60	70	100	100
	D	40	50	70	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 "Tabella delle attività" riportata all'art. 33 - Tabella delle attività -. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata nel suddetto art. 33 - Tabella delle attività.

Art. 23 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto previsto dall'art. 2 - Altre assicurazioni - qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato o dal Contraente superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 24 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di Sinistro - la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. 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 Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 25 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 27 - Invalidità Permanente -, delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 26 - MORTE

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 27 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio		5
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65
Perdita di una gamba o amputazione di essa 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 28 - INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Invalidità Permanente, per Morte e per indennità da ricovero.

Art. 29 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a' termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (entro il limite del 20% della somma assicurata);
- rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

Art. 30 - INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a' termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'o-

ra del ricovero e della dimissione.

La denuncia del ricovero corredata da certificato medico deve essere inviata alla Società entro 5 giorni dal ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società dell'originale dei documenti giustificativi, e se richiesta, di copia della cartella clinica con l'indicazione della natura e dell'esito dell'infortunio nonché del giorno di uscita dall'Istituto di cura.

Art. 31 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 25 - Criteri di indennizzabilità - possono 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 della 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 da 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. 32 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

Art. 33 - TABELLA DELLE ATTIVITÀ

Codice Professione	Descrizione dell'Attività Professionale	Classe attività
0276	Abbattitori di piante o boscaioli.	D
0101	Agenti che operano nei settori: assicurazioni, credito, commercio, industria e servizi vari.	A
0235	Agricoltori senza uso di macchine agricole.	B
0277	Agricoltori con uso di macchine agricole.	D
0736	Allenatori sportivi.	B
0237	Allevatori di animali diversi da bovini, equini, suini.	B
0263	Allevatori di equini, bovini, suini.	C
0102	Amministratori di beni propri o altrui.	A
0901	Analisti chimici.	B
0364	Antennisti.	C
0103	Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature.	A
0138	Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature.	B
0104	Avvocati e Procuratori Legali.	A
0839	Autisti di veicoli, esclusi autocarri di portata superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus.	B

0878	Autisti di autocarri di portata superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus.	D
0365	Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauto e simili.	C
0305	Barbieri.	A
0806	Benestanti senza particolari occupazioni.	A
0107	Biologi.	A
0366	Calzolai.	C
0379	Carpentieri.	D
0808	Casalinghe.	A
0367	Casari.	C
0668	Cavaioi (operai in cave di marmo o di pietra) senza uso di mine.	C
0680	Cavaioi (operai in cave di marmo o di pietra) con uso di mine.	D
0809	Clero (appartenenti al).	A
0610	Collaboratori familiari.	A
0111	Commercialisti e consulenti del lavoro.	A
0412	Commercianti (proprietari e/o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive.	A
0440	Commercianti (proprietari e/o addetti) con attività di installazione di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articoli igienico-sanitari.	B
0441	Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie.	B
0443	Commercianti (proprietari e/o addetti) di macellerie senza macellazione.	C
0442	Commessi viaggiatori.	B
0343	Corniciai.	B
0906	Cuochi.	C
0613	Dirigenti, escluso accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature.	A
0644	Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature.	B
0114	Disegnatori.	A
0369	Elettricisti.	C
0907	Enologi ed enotecnici.	B
0345	Estetisti, callisti, manicure.	B
0381	Fabbri.	D
0382	Facchini.	D
0383	Falegnami.	D
0115	Farmacisti.	A
0416	Fotografi.	A
0146	Geologi.	C
0117	Geometri senza accesso ai cantieri, ponteggi, impalcature.	A
0147	Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature.	B
0548	Gestori di autorimesse senza autoriparazione.	B
0249	Giardinieri (senza potatura di alberi di alto fusto), vivaisti.	B
0250	Giardinieri con potatura di alberi di alto fusto.	C
0418	Giornalai.	A
0650	Giornalisti.	B
0651	Guardiapesca, guardie campestri, guardiacaccia.	B
0670	Guardie notturne, giurate.	C
0372	Imbianchini.	C
0619	Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature.	A
0652	Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature.	B
0520	Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che non prestano lavoro manuale.	A
0553	Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che prestano lavoro manuale.	B

0121	Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature.	A
0154	Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature.	B
0622	Insegnanti.	A
0123	Istruttori di scuola guida.	A
0655	Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, senza uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature.	C
0673	Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature.	C
0356	Litografi.	B
0624	Magistrati.	A
0374	Marmisti.	C
0125	Massaggiatori e fisioterapisti.	A
0126	Medici.	A
0384	Muratori.	D
0127	Notai.	A
0328	Odontotecnici.	A
0129	Ostetriche.	A
0157	Paramedici.	B
0330	Parrucchieri da donna.	A
0285	Pescatori.	D
0131	Periti.	A
0358	Restauratori.	B
0359	Riparatori radio-TV e/o elettrodomestici in genere.	B
0332	Sarti.	A
0833	Studenti.	A
0360	Tappezziere.	B
0375	Tipografi.	C
0161	Veterinari.	B
0134	Vetrinisti.	A
0663	Vigili urbani motociclisti.	C
0662	Vigili urbani non motociclisti.	B

Condizioni speciali sempre valide ed operanti

A - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisce durante i viaggi aerei - turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

a) per persona:

- Euro 1.032.914,00 per il caso di Morte;
- Euro 1.032.914,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- Euro 259,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

b) Complessivamente per aeromobile:

- Euro 5.164.569,00 per il caso di Morte;
- Euro 5.164.569,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- Euro 5.165,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

B - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- 3% sul capitale assicurato fino a Euro 154.938,00;
- 5% sul capitale eccedente Euro 154.938,00 e fino a Euro 258.229,00;
- 10% sul capitale eccedente Euro 258.229,00 e fino a Euro 516.457,00;
- 15% sul capitale eccedente Euro 516.457,00.

Pertanto sul capitale assicurato:

- fino a Euro 154.938,00 per Invalidità Permanente pari o inferiore al 3%, non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 3%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 3%;
- eccedente Euro 154.938,00 e fino a Euro 258.229,00: per Invalidità Permanente pari od inferiore al 5%, non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 5%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 5%;
- eccedente Euro 258.229,00 e fino a Euro 516.457,00: per Invalidità Permanente pari od inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 10%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 10%;
- eccedente Euro 516.457,00: per Invalidità Permanente pari od inferiore al 15% non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 15%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 15%.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

C - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal sesto giorno successivo a quello computabile a termini di polizza per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 31,00;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di polizza per capitale assicurato superiore al Euro 31,00;
- dall'undicesimo giorno successivo a quello computabile a termini di polizza per capitale assicurato superiore a Euro 52,00.

D - RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A FAVORE DI FIGLI MINORI

La Società liquida ai figli minorenni dell'Assicurato, purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'assicurazione, l'indennizzo previsto in polizza per il ca-

so di Morte aumentato del 100%, e fino ad un massimo d'aumento di Euro 103.292,00, qualora il medesimo infortunio indennizzabile a' termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del coniuge o del convivente entrambi assicurati con polizza infortuni con la sottoscritta Società fermi i limiti previsti dalle Condizioni Speciali A - Rischio Volo - e I - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici -.

E - SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione infortuni e ferme le eventuali franchigie previste in polizza, qualora lo stesso sinistro determini una Invalidità Permanente a' termini di polizza superiore al 50%, l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
51	51,5	62	68
52	53	63	69,5
53	54,5	64	71
54	56	65	72,5
55	57,5	66	74
56	59	67	75,5
57	60,5	68	77
58	62	69	78,5
59	63,5	70	80
60	65	dal 71 al 100	100
61	66,5		

F - SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a' termini di polizza superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di Euro 1.033,00, su presentazione di regolare documentazione.

G - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

H - MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

I - LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFICI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo

a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.582.285,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a' termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

L - BRICOLAGE

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavoro manuali - bricolage - espletati con l'uso di utensili domestici anche azionati da motore ed esercitate non a scopo di lucro o di commercio.

M - DANNO ESTETICO

In caso di infortunio che comporti, oltre che un indennizzo a titolo di Invalidità Permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di Euro 1.033,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

N - INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza lo studente assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e che, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà l'1% del capitale per lui assicurato per il caso di Invalidità Permanente. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Condizioni Aggiuntive

(delle seguenti Condizioni Aggiuntive sono valide solo quelle espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

1 - SOVRARISCHIO DI LOCOMOZIONE

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni causati dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla "B", nonché dalla guida di macchine agricole.

2 - PRATICA DI CALCIO

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di calcio anche federali, e relative prove e allenamenti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

3 - PRATICA DI CICLISMO

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ciclismo anche federali, e relative prove e allenamenti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

4 - PRATICA DI IPPICA

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ippica anche federali, e re-

lative prove e allenamenti escluse corse ad ostacoli e salti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

5 - PRATICA DI SCALATA DI ROCCIA O GHIACCIO

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla scalata di roccia o ghiaccio fino al 4° grado della scala di difficoltà di Monaco. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

6 - PRATICA DI IMMERSIONE CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'art. 18 - Rischi esclusi - la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalle immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua). Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7. La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

7 - PRECISAZIONI

Relativamente alle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6 si conviene che:

- l'indennizzo per Invalidità Permanente non verrà corrisposto qualora detta Invalidità sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se essa invece risulterà superiore alla predetta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 258.229,00 mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B;
- la presente Condizione Aggiuntiva 7 è automaticamente valida e operante in caso di richiamo delle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6.

8 - INDENNITÀ DA POST-RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura indennizzabile a' termini di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero pari al capitale assicurato per indennità da ricovero. Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello di ricovero, con il massimo di giorni 60, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. Il post-ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione.

9 - INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza venga applicato apparecchio gessato la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento. L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica. La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino e non è cumulabile con l'indennità da ricovero di cui all'art. 30 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio - e con la indennità da post-ricovero di cui alla Condizione Aggiuntiva 8.

10 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

A parziale deroga dell'art. 16 l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.

Trascorso tale termine e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso la propria attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al 75% di quelle indicate in polizza.

11 - FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 5% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 258.229,00 mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B.

12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 10% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti Euro 516.457,00 mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B.

13 - RISCHIO "IN ITINERE" (PER SOLE POLIZZE LIMITATE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI)

L'assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

14 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A parziale deroga dell'art. 16 l'assicurazione vale esclusivamente per le attività professionali principali e secondarie dell'Assicurato (v. dichiarazioni nel frontespizio).

Modulo secondo

Assicurazione Invalidità Permanente da malattia

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia

(Il presente modulo cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14 - Precisazioni -)

Art. 34 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro anni 1 dalla cessazione del contratto stesso.

Art. 35 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 36 - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra, insurrezione;
- reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note al Contraente o all'Assicurato e da questi sottaciute con dolo o colpa grave.

Art. 37 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 38 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto disposto dall'art. 2 - Altre assicurazioni - la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunica-

zione dell'esistenza o successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe può recedere dalla assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 39 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro - deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 40 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se, antecedentemente all'insorgere della malattia, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di Invalidità Permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 41 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della polizza - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopraccitata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al 34% dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al 34%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
34	3
35	6
36	9
37	12
38	15
39	18
40	21
41	24
42	27
43	30
44	33
45	36
46	39
47	42
48	45
49	48
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
dal 66 al 100	100

Art. 42 - CONTROVERSIE-ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 40 - Criteri di indennizzabilità - possono 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 esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti

in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Art. 43 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO (non valida qualora il Contraente/Assicurato sia un "consumatore")

La facoltà di recesso prevista dall'art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro - non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipulazione della presente assicurazione.

Condizione aggiuntiva

(valida solo se espressamente richiamata nel frontespizio di polizza)

A - Tabella alternativa delle percentuali di valutazione della Invalidità Permanente da malattia

A parziale deroga dell'art. 41 - Criteri e termini di liquidazione - nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente da malattia è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente da malattia è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

Modulo terzo

Assicurazione indennità da ricovero

Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero

(Il presente modulo cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14 - Precisazioni -)

Art. 44 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- a) ricovero dell'Assicurato per donazione di organi;
- b) "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 45 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni:
 - dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, per il parto e per la donazione di organi:
 - dal 300° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 46 - PRECISAZIONI

1. L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; non vale invece (salvo si tratti di ricoveri in Istituti di cura non militari) durante il servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento vo-

lontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

2. Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri determinati da:
 - a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
 - b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione dell'assicurazione;
 - c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
 - d) infortuni derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
 - e) infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - f) infortuni e intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - g) aborto volontario non terapeutico;
 - h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
 - i) cure dentarie, paradontopatie e applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
 - l) conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - m) guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 47 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 48 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto disposto dall'art. 2 - Altre assicurazioni - la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipulazione di altre assicurazione riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 49 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro - deve essere corredata di certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa

ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 50 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto.

L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito alla Società.

Art. 51 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, 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.

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 da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Art. 52 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO (non valida qualora il Contraente/Assicurato sia un "consumatore")

La facoltà di recesso prevista dall'art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro - non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipulazione della presente assicurazione.

Art. 53 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Condizioni Speciali sempre valide ed operanti

A - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero

(escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

B - FRANCHIGIA

Il capitale assicurato per indennità da ricovero verrà corrisposto a partire dal:

- primo giorno computabile a' termini di polizza per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 26,00;
- quarto giorno successivo a quello computabile a' termini di polizza per capitale assicurato superiore a Euro 26,00.

Condizioni aggiuntive

(delle seguenti Condizioni Aggiuntive sono valide solo quelle espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

C - INDENNITÀ DA POST-RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura indennizzabile a' termine di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero pari all'indennità da ricovero assicurata.

Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero, con il massimo di giorni 60, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo.

Il post-ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione.

Limitatamente al parto, e fermo restando il disposto del 2° capoverso della presente Condizione Aggiuntiva, l'indennità sarà liquidata per un periodo massimo di 5 giorni.

D - INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza venga applicato apparecchio gessato la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari all'indennità da ricovero assicurata, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di giorni 45 per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino e non è cumulabile con l'indennità da ricovero di cui all'art. 44 - Oggetto dell'assicurazione - e con la indennità da post-ricovero di cui alla Condizione Aggiuntiva C.

Modulo quarto

Assicurazione rimborso spese mediche

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

(Il presente modulo cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14 - Precisazioni -)

Art. 54 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, in caso di malattia o di infortunio e fino a concorrenza del massimale prescelto, rimborsa all'Assicurato per evento e per anno assicurativo:

A - in caso di ricovero avvenuto in Istituto di cura o d'intervento chirurgico in Ambulatorio o di prestazioni praticate in "Day Hospital", le spese sostenute:

- 1) per accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura o dell'Ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero, l'intervento chirurgico in Ambulatorio o le prestazioni in "Day Hospital";
- 2) per gli onorari - in caso di intervento - del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento stesso; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
- 3) per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami durante il periodo di ricovero o il "Day Hospital";
- 4) per le rette di degenza;
- 5) per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza,

nonché per:

- 6) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), nei 90 giorni successivi al ricovero in Istituto di cura, all'intervento in Ambulatorio o alle prestazioni in "Day Hospital".

L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui ai precedenti punti 5) e 6) non potrà superare il 10% del massimale prescelto.

B - In caso di ricovero per le seguenti patologie: appendiciti, adenoidi, tonsilliti, ernie non discali, nonché per il parto e l'aborto terapeutico, la Società, ferme le eventuali franchigie precisate nel frontespizio polizza, rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato indicate nel precedente punto A, nel limite del 15% del massimale prescelto e fino alla concorrenza di Euro 2.583,00.=
Gli interventi chirurgici ambulatoriali per le stesse patologie saranno rimborsati nel limite massimo di Euro 775,00.=

C - Una diaria per l'eventuale accompagnatore fino a concorrenza del 3% del massimale prescelto, col limite di Euro 52,00= giornaliero.
La diaria verrà corrisposta per un periodo al massimo pari a quello del ricovero e comunque non superiore a 90 giorni per evento e per anno assicurativo, dietro presentazione di idonea documentazione.

D - In caso di decesso all'estero dell'Assicurato, conseguente ad uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il suo rimpatrio, fino a concorrenza

del 10% del massimale prescelto, col limite di Euro 1.033,00=.

E - Qualora si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Qualora invece l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità per ogni giorno di ricovero pari al 3% del massimale assicurato, col limite di Euro 52,00= giornaliero e col limite annuo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Fermo quanto sopra stabilito, in caso di:

- parto non cesareo, l'indennità viene corrisposta per la durata massima di 5 giorni per evento e per anno assicurativo;
 - "Day Hospital", l'indennità è pari al 50%;
 - intervento sia sulle tonsille che sulle vegetazioni adenoidi di persone di età inferiore a nove anni, non viene corrisposta alcuna indennità sostitutiva.
- Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi non può superare il massimale assicurato.

Art. 55 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni:
 - dal momento in cui, a' sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo al momento in cui, a' sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché il parto:
 - dal 300° giorno successivo al momento in cui, a' sensi dell'art. 3 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente a altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 56 - PRECISAZIONI

1) L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; non vale invece (salvo si tratti di ricoveri in Istituti di cura non militari) durante il servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

2) Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione dell'assicurazione;
- c) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'oggetto dell'assicurazione;
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) le conseguenze di guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 57 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 58 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto disposto dall'art. 2 - Altre assicurazioni - la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dalla assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 59 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o

del Contraente in caso di sinistro - deve essere corredata di certificazione medica, l'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 60 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società effettua il pagamento, all'Assicurato o ai suoi eredi, di quanto dovuto a' termini della presente assicurazione dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto eventualmente rimborsato da terzi, su presentazione, in originale, delle relative note, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle ricevute, notule o distinte per ottenere il rimborso dall'Ente a ciò preposto dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società, a parziale deroga del precedente comma, effettua il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione di copia delle ricevute, notule o distinte delle spese sostenute dall'Assicurato.

Il pagamento viene di norma effettuato a cura ultimata.

La Società, tuttavia, limitatamente ai casi in cui il ricovero in Istituto di cura si protragga oltre 15 giorni, può concedere, a richiesta dell'Assicurato, anticipi sulla liquidazione definitiva fino al massimo del 50% delle spese effettivamente sostenute e documentate previa contestuale presentazione alla Società stessa di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, la data del ricovero ed il proseguimento dello stesso.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 61- CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

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

Art. 62 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso prevista dall'art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro - non può essere esercitata dalla Società.

Art. 63 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere a' sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Condizione Speciale sempre valida ed operante

1 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Condizioni aggiuntive

(delle seguenti Condizioni Aggiuntive sono valide solo quelle espressamente richiamate nel frontespizio dattiloscritto di polizza)

A - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Per ogni evento la Società rimborserà all'Assicurato le spese da Lui effettivamente sostenute sotto detrazione della franchigia assoluta indicata nel frontespizio di polizza che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Tale franchigia è applicabile esclusivamente sulle spese sostenute dall'Assicurato in caso di ricovero in Istituto di cura.

B - AUMENTO MASSIMALE

Il massimale indicato nel frontespizio di polizza si intende aumentato del 50% qualora l'Assicurato subisca uno dei seguenti interventi chirurgici:

trapianto renale, trapianto cardiaco, trapianto del fegato, trapianto del pancreas; intervento di craniotomia per varie patologie (es.: ematoma, emorragia cerebrale, tumore); laringectomia con svuotamento delle masse linfatiche per tumore, intervento di lobectomia polmonare; resezione gastrica, intervento di by pass aortocoronarico per occlusione arterie coronariche (es.: infarto, ischemia); intervento di aneurisma aortico; intervento di embolectomia arteriosa; intervento di microchirurgia per reinnesto di arti; inserimento di protesi metallica della testa femorale per coxartrosi; intervento di resezione epatica; intervento demolitivo sul pancreas.

In caso di trapianti di organi sono comprese tutte le spese relative al prelievo dell'organo stesso.

C - FORMA INTEGRATIVA

L'assicurazione, relativamente alle spese sostenute durante il ricovero, è prestata in forma integrativa a quella prevista dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, le prestazioni suddette risultino a suo totale carico, la Società riconoscerà il 75% delle spese da Lui sostenute e documentate.

D - LIMITAZIONE AI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Nel caso in cui la garanzia Rimborso spese mediche venga limitata ai grandi interventi chirurgici, come prescelto dall'Assicurato e richiamato sul frontespizio di polizza l'Assicurazione vale unicamente per gli interventi per i quali la tariffa minima approvata con D.P.R. 28.12.1965, n. 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a Euro 67,14.

Indichiamo di seguito elenco "Grandi Interventi"

Faccia

- Resezione del mascellare superiore.
- Resezione della mandibola.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia).
- Intervento per anchilosi temporomandibolare.
- Intervento sui mascellari per tumori o per correzioni ortognatiche.

Collo

- Asportazione della ghiandola sottoascellare per tumori maligni.
- Svuotamento ganglionare latocervicale bilaterale.
- Tiroidectomia totale per neoplasia maligna.
- Interventi per asportazione di tumori maligni del collo.

Torace

- Resezione segmentaria e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.

Chirurgia toracica

- Tutti gli interventi: a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati, a cuore aperto per difetti complessi o complicati.

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Esofagogastrotomia.
- Reintervento per megaesofago.
- Esofago-cardioplastica.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne.
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni parziali - basse totali.
- Intervento per malformazioni congenite dell'esofago.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Legatura di varici esofagee.

Stomaco - duodeno

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Gastrectomia totale per via toraco-laparotomica.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica.

- Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche.

Intestino

- Enteroanastomosi.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale (emicolectomia destra).
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura con o senza resezione intestinale.

Peritoneo

- Exeresi di tumori retroperitoneali.
- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino e sutura della lesione.
- Idem con lesioni di organi interni parenchimali.

Retto e ano

- Amputazione del retto per via perineale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore del retto.
- Operazione per megacolon.

Ernie

- Intervento per ernia inguinale recidiva.

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica maggiore (emiepatectomia).
- Colectistectomia.
- Epatico o coledocotomia.
- Papillotomia per via transduodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia, colecistointestomia).
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico.
- Epatico digiuno-duodenostomia.

Pancreas - Milza

- Interventi per cisti o pseudo-cisti; cistovisceroanastomosi, enucleazioni delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa - della coda.
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.
- Deconnessione azygos-portale.

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale.
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale.
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi).
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose: aggrissione diretta legatura vaso-afferente intra-cranico.
- Anastomosi vasi intra-extra cranici.
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo.
- Intervento per epilessia focale.
- Emisferectomia.
- Operazione per encefalomeningocele.
- Interventi per traumi cranio-cerebrali.
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per malformazioni.

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Laminectomia per tumori intra-durali extra-midollari.
- Laminectomia per tumori intra-midollari.
- Ernia del disco lombare.
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica e per via posteriore.
- Ernia del disco cervicale o mielopatia da spondilosi per via anteriore con artrodesi intersomatica.
- Idem per via posteriore con foraminotomia.
- Derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche.
- Chirurgia stereotassica.
- Tumori intraorbitali.
- Interventi per tumori ossei della volta cranica.
- Rizotomia chirurgica intra-cranica.
- Laminectomia per tumori extra-durali.
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o per altre affezioni meningo-midollari.
- Interventi per traumi vertebro-midollari.
- Asportazione tumori nervi periferici.
- Anastomosi spinofacciali o simili.
- Interventi sul plesso branchiale.

Chirurgia vascolare

- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobranchio-cefalico, iliache.
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica, succlavia ed arteria anonima.
- Disostruzione o by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica o celiaca.
- Operazioni sull'aorta toracica o addominale.

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido con meningocele.
- Cranio bifido con meningoencefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Neurolisi del plesso branchiale per paralisi ostetrica.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonec-tomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simploblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Occlusione intestinale del neonato: atresie - necessità di anastomosi, ileo-meconiale.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Heratoma sacrococcigeo.
- Megaurettere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele, mielomeningocele.
- Megacolon: resezione anteriore, operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomia.
- Vertebrotomia.
- Intervento di ernia disco intervertebrale.

- Artrodesi per via anteriore.
- Interventi per scoliosi.

Urologia

- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.
- Resezione renale con clampaggio.
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato).
- Surrenalectomia.
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-monolaterale o parziale).
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo) bilaterale o totale.
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia.
- Cistoprostatovescicolectomia totale (o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia); con ileo o colo bladder; con neovescica rettale.
- Fistola vescico-intestinale.
- Ileo o colo cisto-plastica.
- Fistole vescico-vaginali.
- Plastica antireflusso bilaterale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Prostatectomia totale per K.

Apparato genitale

- Emasculatio totale.
- Orchiectomia allargata per tumore.
- Orchiectomia allargata con linfectomia retroperitoneale.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, uretale.
- Isterecetomia totale per via laparotomica.
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomica.
- Metroplastica.
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero.
- Insterectomia subtotale (con o senza annessiectomia). Panisterctomia radicale per tumori maligni per via addominale.
- Eviscerazione pelvica.
- Panisterectomia totale per via vaginale.
- Vulvectomy totale.
- Vulvectomy allargata.

Oculistica

- Odontocheratoprotesi.
- Operazioni di Kroniein od orbitotomia.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Trabeculectomia.
- Iridocicloretrazione.
- Resezione sclerale.
- Cerchiaggio o piombaggio.
- Asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale.
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile.
- Vitrectomia.

Otorinolaringoiatria

- Atresia auris congenita: ricostruzione.
- Svuotamento con innesto dermoepidermico.
- Trattamento delle petrositi suppurate.
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea.
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva).
- Ricostruzione della catena ossiculare.
- Interventi per otosclerosi.
- Chirurgia del sacco endolinfatico.
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale.
- Anastomosi e trapianti nervosi.
- Sezione del nervo cocleare.
- Sezione del nervo vestibolare.
- Neurinoma dell'VII paio.
- Asportazioni di tumori dell'orecchio medio e del temporale.
- Asportazioni di tumori e colesteatomi della rocca petrosa.
- Operazioni radicali per sinusite frontale.
- Trattamento chirurgico di mucocele frontoedmoidale.
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni.
- Apertura del seno sfenoidale.
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo.
- Operazioni paralateronasale di Moure.
- Tumori maligni con svuotamento latero-cervicale.
- Asportazione di ghiandola salivare sottomascellare per via esterna.
- Asportazione della parotide con conservazione del facciale.
- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva.
- Laringofaringectomia.
- Interventi per paralisi degli abducenti.
- Svuotamento laterocervicale bilaterale.
- Asportazioni di tumori glomici timpanogiugulari.
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare.
- Svuotamento petromastoideo.
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia.
- Apertura di ascesso extradurale per via transmastoidea.
- Distruzione del labirinto.
- Chirurgia della Sindrome di Ménière.
- Rinosettoplastica funzionale ed estetica.
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Calwell-Luc).
- Svuotamento etmoide per via transmascellare.
- Asportazione di diaframma coanale osseo per via transpalatina.
- Chirurgia della fossa pterigomascellare.
- Tumori parafaringei.
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille ecc.).
- Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale.
- Asportazione della parotide.
- Cordectomia per via tirotomica.
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale.
- Svuotamento laterocervicale unilaterale.
- Chiusura di fistola esofagea.
- Plastiche laringotracheali.
- Legatura dei grossi vasi.

Trapianti

- Tutti.

SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE

Condizioni speciali

(sempre valide ed operanti per tutti i moduli)

A1 - VARIAZIONI DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula il contratto per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidamente obbligati a continuare il contratto stesso fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione dell'Impresa Contraente con una o più Imprese, il contratto continua con l'impresa Incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei trenta

giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

A2 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

A3 - ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Condizioni aggiuntive

(valide - esclusivamente per il modulo primo "infortuni" - solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

B1 - RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 26 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere commutato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

B2 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga all'art. 2 delle Norme, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulasero in proprio con altre Società.

B3 - MALATTIE PROFESSIONALI PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

Per i casi di morte e di invalidità permanente, ovvero per

quel solo caso dei due che sia incluso nell'assicurazione, la garanzia viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dal Contraente nella "tabella all. n. 4" al DPR 30 giugno 1965, n. 1124 e con la franchigia relativa del 20% ivi prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Questa assicurazione ha termine contemporaneamente alla cessazione della garanzia relativa al rischio infortuni e viene prestata per i capitali assicurati per la garanzia base infortuni, con il massimo di Euro 103.292,00 per il caso di morte e di Euro 103.292,00 per il caso di invalidità permanente.

B4 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFIRMITÀ, MUTILAZIONI O DI DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'art. 12 delle Norme, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 25.

B5 - LIBRO MATRICOLA

A parziale deroga delle Norme, si conviene tra le Parti quanto segue:

a) la polizza ha per oggetto l'assicurazione delle persone di cui il Contraente si avvale per la sua attività, composta attualmente dalle persone indicate nell'apposito elenco e comprenderà in seguito anche altre eventuali persone, sempreché non debbano, a tenore di polizza, esserne escluse.

Le persone assicurate vengono iscritte sotto progressivo numero d'ordine in apposito Libro Matricola fornito e vidimato dalla Società, libro che forma parte integrante del contratto.

Il Contraente dovrà tenere tale libro aggiornato iscrivendovi nell'ordine cronologico di data tutte le persone da assicurare con la polizza predetta ed indicando per ciascuno il numero d'ordine di iscrizione, le generalità, la data di inclusione in garanzia, l'attività svolta per conto del Contraente, le eventuali mutilazioni e difetti fisici, le somme di garanzia, la data di cessazione della garanzia.

Le sostituzioni e le aggiunte delle persone assicurate, dovranno essere registrate dal Contraente nel predetto Libro Matricola prima che le stesse inizino l'attività. Le persone già registrate e quindi già assicurate per le quali si faccia luogo ad un cambiamento di attività o di somme di garanzia dovranno figurare in uscita dalla data della modificazione e dalla stessa data formare oggetto di una nuova registrazione sotto altro numero progressivo.

Di tutte queste variazioni, come delle riduzioni effettuate nelle persone assicurate, dovrà essere data immediata comunicazione - sotto forma di raccomandata - alla Società su apposito stampato da essa fornito o, in difetto, con lettera.

Le variazioni verificatesi nelle persone assicurate, avranno vigore agli effetti dell'assicurazione - qualora si tratti di persone appartenenti a categorie contemplate dalla polizza o di garanzia per somme non superiori a quelle stabilite dalla polizza stessa per persone della medesima categoria - a decorrere dalle ore ventiquattro del giorno risultante dal timbro postale della raccomandata.

Per l'assicurazione delle persone appartenenti a categorie non contemplate dalla polizza o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle stabilite dalla polizza per persone della stessa categoria, nonché per l'assicurazione di persone non trovantisi, a termine delle Norme, in condizioni normali di rischio (per età, difetti fisici, malattie, ecc.) oppure di persone che corrano rischi speciali non previsti dal contratto, il Contraente dovrà fare particolare denuncia alla Società prima di eseguire l'iscrizione nel Libro Matricola, restando inteso che l'assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, soltanto dopo l'adesione scritta alla Società stessa.

b) La Società si riserva di far verificare, quando lo ritenga opportuno, il predetto Libro Matricola.

c) La liquidazione dei premi sarà fatta alla fine di ciascun anno di assicurazione in base a diversi periodi di servizio prestato dagli Assicurati presso il Contraente, in relazione alla categoria di rischio cui furono assegnati ed ai capitali loro fissati per l'assicurazione, dati questi che risulteranno e dal testo di polizza e dal Libro Matricola.

B6 - RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare per danni corporali o di

morte (capitali, interessi e spese) agli Assicurati o agli aventi diritto a sensi di polizza, quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati e indennizzabili a sensi della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino a concorrenza di un ulteriore importo, pari a quello che sarebbe dovuto secondo le condizioni di polizza a titolo d'indennità per l'assicurazione infortuni, fino ad un limite massimo di Euro 51.646,00; nel caso di un evento che colpisca più persone, l'importo complessivo a carico della Società non potrà superare il limite massimo di Euro 258.229,00.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente. In tal caso, l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o, indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di quest'ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente condizione aggiuntiva.

L'assicurazione non è prestata quando gli infortunati siano amministratori di una società a responsabilità limitata, soci di una società a responsabilità limitata che siano contraenti della polizza, ovvero parenti od affini del Contraente, dell'Amministratore o del socio anzidetto, stabilmente con loro conviventi.

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, dell'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungere altri a proprie spese.

B7 - INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

In deroga a quanto stabilito dalle Norme, si conviene che in caso di invalidità permanente conseguente ad infortunio professionale che riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del Dirigente assicurato, valutata in base alla tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 - e sempreché non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di impiego né la costituzione di altro rapporto con altre aziende confacenti alla qualifica ed alle attitudini del Dirigente - l'indennizzo sarà liquidato sul 100% del capitale di invalidità permanente assicurato in polizza.

CARIGE ASSICURAZIONI



GRUPPO BANCA CARIGE

Mod. CA51032 - Ed. 12/2004 - Q. 10.000 - FDS

**dai un
colore
alla tua
sicurezza**

