

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) la folgorazione;
- m) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

Art. 14 - Rischi esclusi - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - 2) 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 e operatrici,
 - ❖ di natanti a motore per uso non privato;
 - 3) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - 4) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo Art. 15);
 - 5) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
 - 6) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
 - 7) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - 8) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - 9) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - 10) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
 - 11) da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);
 - 12) da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.
- I rischi di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Art. 15 - Rischio volo - L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo 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 e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a) per persona:
- | | | |
|------|-----------|--|
| Euro | 1.032.914 | per il caso di Morte; |
| Euro | 1.032.914 | per il caso di Invalidità Permanente totale; |
| Euro | 259 | per il caso di Inabilità Temporanea; |
- b) complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):
- | | | |
|------|-----------|--|
| Euro | 5.164.569 | per il caso di Morte; |
| Euro | 5.164.569 | per il caso di Invalidità Permanente totale; |
| Euro | 5.165 | 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 comuni stipulate dallo stesso contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare - Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Limiti di età - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza.

Art. 18 - Persone non assicurabili - Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 19 - 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.

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale - Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Altre assicurazioni - Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - 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. 22 - Denuncia dell'infortunio e oneri relativi - Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'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. 23 - 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. 25/A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - Morte - L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - **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.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione, semprechè non siano nel frattempo emersi elementi**

tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C. Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 25/A - Invalidità permanente - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'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 seguenti.

Perdita totale, anatomica o funzionale di	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	10%	
vertebre dorsali	7%	
12 ^a dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, 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%.

Art. 25/B - Franchigie - Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

❖ sulla parte di somma assicurata fino a 300.000 €:

se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

❖ Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 € e fino a 500.000€

se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente

❖ sulla parte di somma assicurata eccedente 500.000€

se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente

Art. 26/A - Inabilità temporanea - L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;

b) 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 o per morte.

Art.26/B Franchigia – L'indennizzo previsto dall'art.26/A viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio.

Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo - A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

❖ la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;

❖ qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità 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 corrisposta solamente una indennità 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).

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

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

Art. 28 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere - La Società assicura, quando previsto in polizza, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e **semprechè prescritte dal medico curante**, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza **conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza**. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, **fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella scheda di polizza sotto il presente titolo. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa. La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza. Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata. Il rimborso delle spese di cui al presente articolo viene riconosciuto con lo scoperto del 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 50,00 € per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.**

Art. 29 - Diaria ricovero - La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza **per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo**. Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e semprechè il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. **La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica.** Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Art. 30 - Cumulo di indennità - L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.