PROGRAMMA AZIENDE

ASSICURAZIONE INFORTUNI *Cumulativa*

da INAIL

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Condizioni di assicurazione

Mod. 5208 INF

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

INDICE

DEFINIZIONI	Pag.	1
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pag.	3
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag.	5
OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE ALLE VICENDE DEL RISCHIO E DELLA POLIZZA	Pag.	10
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	Pag.	12
CONDIZIONI AGGIUNTIVE	Pag.	14
TABELLA N. 1 - ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30-6-1965 N. 1124 PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE	Pag.	20

DEFINIZIONI

Nel testo si intende per:

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE (SOCIO)
Chi stipula l'assicurazione.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

PARTI
Il Contraente e la Società.

POLIZZA
I documenti che provano il contratto di assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RISCHIO
La possibilità che si verifichi il sinistro.

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

SOCIETÀ
La Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Inoltre alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

BENEFICIARI
Le persone (o la persona) designate in polizza a riscuotere l'indennizzo. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

DAY HOSPITAL
Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

DIARIA
La somma assicurata per ogni giorno di inabilità temporanea.

FRANCHIGIA
Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato, oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

INFORTUNIO PROFESSIONALE
Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali (principali e secondarie).

INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE
Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'Assicurato di attività che non abbiano carattere di professionalità.

INABILITÀ TEMPORANEA
Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza.

INVALIDITÀ PERMANENTE
Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

MODULO DI POLIZZA
Documento che personalizza la polizza poiché riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato, la sottoscrizione delle Parti.

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 Cod. Civ.

1.2 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società, entro 30 giorni dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Se il Contraente dolosamente omette di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni il diritto all'indennizzo decade.
In caso di sinistro il Contraente (o l'Assicurato) deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

1.4 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO, CON RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ SVOLTA ED ALLE RELATIVE CONDIZIONI DI ESERCIZIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle relative condizioni di esercizio, ovvero con riferimento alla delimitazione del rischio assicurato.
La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare - come previsto dall'art. 1898 Cod. Civ. - la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo; tale perdita è determinata con riferimento alle voci della Tariffa adottata dalla Società al momento del sinistro.

1.5 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'art. 1897 del Cod. Civ., rinunciando al relativo diritto di recesso.

1.6 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede della Società.
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 di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti come previsto dall'art. 1901 del Cod. Civ.

1.7 FACOLTÀ DI RECESSO DAL CONTRATTO DOPO OGNI DENUNCIA DI INFORTUNIO

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo assicurato o della singola categoria di assicurati oppure dall'intero contratto con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso la Società rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.9 PROROGA TACITA DELL'ASSICURAZIONE - PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata uguale a quella originaria, con il massimo di due anni, e così di seguito (art. 1899 Cod. Civ.). Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata; nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

1.10 ONERI FISCALI

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

1.11 PERSONE SOGGETTE ALL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La presente polizza si intende espressamente stipulata in aumento all'assicurazione di legge contro gli infortuni sul lavoro, anche se l'obbligo a detta assicurazione sopravvenga in corso di contratto.

1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali le persone indicate in polizza.

2.1 RISCHI ASSICURATI

A Rischi a terra

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, anche se derivanti da:

1. imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
2. atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
3. atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

4. gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
5. l'asfissia non dipendente da malattia;
6. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
7. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
8. le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

B Rischi sportivi

1. **La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico, salvo quanto precisato al punto 2 che segue. L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante:**

   a. la pratica di alpinismo o sci-alpinismo (oltre il 3° grado della "scala di Monaco") senza accompagnamento di guida o portatore patentati, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), guido-slitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentati, speleologia;

   b. la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.

2. La garanzia non vale comunque per gli infortuni derivanti da:

   - **pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
   - **pratica a titolo professionistico di sports in genere;**
   - **partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore** (mentre è compresa in garanzia la partecipazione a gare di regolarità pura);
   - **partecipazione a imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine; regate oceaniche, sci estremo).

   Se l'attività sportiva è espressamente pattuita nel modulo di polizza i relativi rischi sono compresi in garanzia senza limitazioni, salvo le franchigie.

C Rischi di volo

(La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno).

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso, soltanto in qualità di passeggero, di aeromobili; sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.

L'assicurazione vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento,

purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2.1.D.
L'assicurazione vale per casi e somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti.
In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di 5.200.000 (L. 10.068.604.000).
Qualora i capitali complessivamente garantiti eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione; a tal fine si dà atto che il premio relativo alla presente estensione di garanzia è pari al 2% del totale premio imponibile infortuni.

D **Rischio Guerra**

(La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno).
L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

3.1 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

a guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto al punto C) dell'art. 2.1;

b guerra ed insurrezioni in genere, salvo quanto previsto al punto D) dell'art. 2.1; movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe e uragani;

c stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;

d operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

e trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;

f atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.
Durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso, la garanzia di inabilità temporanea di cui all'art. 4.1, punti C 1) e 2) non è operante.
Il Contraente ha tuttavia facoltà di chiedere la temporanea sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo, con l'impegno di riattivare e di prorogare il contratto di un corrispondente periodo. La sospensione non può avere effetto antecedente le ore 24 del giorno della richiesta.

3.2 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Non sono mai assicurabili le persone affette da **alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate**; o dalle seguenti infermità mentali: **sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.** L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'assicurazione vale per le persone di **età non superiore a 75 anni** (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).
L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

3.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da **apoplessia o infarto**, o **affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia**, sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento di rischio (art. 1898 Cod. Civ.); la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito all'art. 1.4.

3.4 LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente 5.200.000 (L. 10.068.604.000), intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

4.1 CASI ASSICURABILI

A Morte

Se l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.
Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ.
Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.
L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

B Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

I Valutazione del grado di invalidità

Il grado di invalidità è accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri seguenti:

	dx	sn
perdita totale, anatomica o funzionale:		
• di un arto superiore	70%	60%
• della mano o dell'avambraccio	60%	50%
• del pollice	18%	16%
• dell'indice	14%	12%
• del medio	8%	6%
• dell'anulare	8%	6%
• del mignolo	12%	10%
• della falange ungueale del pollice	9%	8%
• di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi:		
• della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%

perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un arto inferiore	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• falange ungueale dell'alluce	2,5%
anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
• paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
perdita totale della capacità uditiva di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
esiti di frattura:	
• scomposta somatica di una costa	1%
• amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
• di un metamero sacrale	3%
• di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
• postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
perdita anatomica:	
• di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
• afonia (perdita totale della voce)	30%
(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
Qualora l'infortunio determini menomazione a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere - al massimo - il valore del 100%.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

2 Liquidazione dell'indennizzo

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato, applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie in seguito indicate - alle componenti di capitale nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata per invalidità permanente totale:

a per la prima componente, pari a 105.000 (L. 203.308.350), la franchigia è di 3 punti percentuali;

b per la seconda, pari all'eccedenza oltre 105.000 (L. 203.308.350), fino a 210.000 (L. 406.616.700), la franchigia è di 5 punti percentuali.

c per la terza, pari all'eccedenza oltre 210.000 (L. 406.616.700), la franchigia è di 10 punti percentuali.

Pertanto la Società non paga alcun indennizzo se l'invalidità (X) è pari o inferiore alla franchigia (fr) e liquida un indennizzo proporzionale al residuo grado di invalidità (X-fr) se il grado di invalidità è maggiore. Se l'invalidità accertata è maggiore del 25% l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per invalidità permanente totale senza alcuna franchigia.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.
Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per l'invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

C Inabilità Temporanea

In caso di inabilità temporanea sono assicurabili, alternativamente o in modo cumulativo (salve le precisazioni successive) le seguenti prestazioni:

1 Diaria Generica (*)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea, la Società liquida la diaria a partire dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso di ricovero con pernottamento la diaria viene liquidata dal 1° giorno successivo all'infortunio.
I termini di cui sopra decorrono dal giorno successivo all'infortunio regolarmente denunciato, come previsto all'art. 6.1, o a quello della denuncia se questa è fatta in ritardo.
Dal conteggio dei giorni di inabilità vengono convenzionalmente esclusi i giorni festivi.
La diaria viene corrisposta per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni infortunio.

2 Diaria per applicazione di apparecchio gessato (*)

Qualora l'infortunio comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la Società liquida la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato, come previsto all'art. 6.1 - o a quello della denuncia se questa è fatta in ritardo - per il periodo della

immobilizzazione, ma non oltre 60 giorni per ogni infortunio.

3 **Diaria per ricovero in istituto di cura**

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Società corrisponde la diaria assicurata per ogni pernottamento fino al massimo di 365 pernottamenti per ogni infortunio.

4 **Diaria per convalescenza post-ricovero** (*)

In aggiunta alla diaria di ricovero in istituto di cura la Società liquida la diaria post-ricovero assicurata per la durata della convalescenza prescritta dal medico curante, entro un numero massimo di giorni pari al numero dei pernottamenti in istituto di cura. La durata massima della corresponsione delle diarie per convalescenza e per ricovero non potrà superare complessivamente 365 giorni per ogni infortunio.

(*) **Le diarie per convalescenza post-ricovero e per applicazione di apparecchio gessato non cumulano fra di loro né con la diaria generica.**

D **Rimborso spese di cura**

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese effettivamente sostenute:

1 **in caso di ricovero o intervento chirurgico in day hospital**, durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza.
Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società - in sostituzione del rimborso - liquida una diaria di 80 (L. 154.902) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.
La diaria sostitutiva cumula con la diaria per degenza eventualmente assicurata con il limite di 130 (L. 251.715) complessivi;

2 **relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero**, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, purché questo sia provato dal referto di Pronto Soccorso (le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili fino alla concorrenza di 1.100 (L. 2.129.897), mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio); per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di 520 (L. 1.006.860); tale importo è elevato a 2.600 (L. 5.034.302) se l'emergenza richiede intervento di eliambulanza.
Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20% - con il minimo di 75 (L. 145.220) per ogni infortunio - resta a carico dell'Assicurato;

3 **in caso di intervento riparatore del danno estetico**, per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di 2.600 (L. 5.034.302).
Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.
Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Oltre agli obblighi stabiliti negli artt. 1.1 - (Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio), **1.3** - (Altre assicurazioni), **1.4** - (Aggravamento di rischio, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio), **1.5** - (Diminuzione di rischio), **1.6** - (Pagamento del premio e decorrenza della garanzia), **nonché nell'art. 6.1** (Denuncia dell'infortunio - Obblighi in caso di sinistro) **il Contraente è tenuto ai seguenti adempimenti.**

5.1 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni relative al contratto **devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax, telex.**

5.2 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione. **Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società**; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice. La cessazione di singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

5.3 VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto 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 della Contraente Società con una o più Società, il contratto continua con la Società incorporante o con la nuova Società costituita. Nei casi di trasformazione, cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o di sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.
Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto alla Società dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, **entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi**; la Società nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

5.4 REGOLAZIONE DEL PREMIO

(Il presente articolo vale, in particolare, quando sono rese operanti le Condizioni Aggiuntive 7.15 - 7.16 - 7.17).

A Determinazione del premio

1. **Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili**, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed **è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo** (normalmente di 12 mesi salvo esplicita diversa pattuizione) o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.
A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè, a seconda dei casi:
   - l'indicazione del numero medio di persone che risulteranno essere state assicurate per ciascuna categoria o gruppo. Per "numero medio di Assicurati" si intende la somma del numero di persone assicurate (per ogni categoria o gruppo) in ciascun mese diviso per il numero dei mesi (considerando tale la frazione iniziale o finale anche se di durata inferiore) componenti il periodo assicurativo;
   - l'ammontare delle retribuzioni corrisposte al personale assicurato;
   - gli altri elementi variabili contemplati in polizza.

2 Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

B **Sanzioni**

1 **Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta**, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, **il premio anticipato in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato dalla regolazione viene computato in conto e a garanzia del premio relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa** fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisca la mancata regolazione.

2 **Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta, maggiorata - a titolo di penale - del 50%.**
Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura. Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

3 **Se la presente polizza sostituisce un contratto per il quale è prevista la regolazione del premio, questa deve essere effettuata nei termini previsti dal contratto sostituito. Trascorsi detti termini senza che il Contraente abbia comunicato i dati necessari alla regolazione o senza che abbia pagato il premio a conguaglio**, a partire dal 30° giorno successivo ai termini per la comunicazione dei dati o alla data di notifica dell'appendice di regolazione, **la garanzia della presente polizza è prestata comunque con uno scoperto del 50%**, con indennizzi ridotti alla metà, **salvo che l'accertamento della entità dei premi dovuti, ma non pagati, comporti una maggiore riduzione proporzionale (art. 1907 Cod. Civ.).**
La Società ha facoltà di comunicare per raccomandata anche la totale sospensione della garanzia o la risoluzione del contratto, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.
L'assicurazione riprende pieno vigore dalle ore 24 del giorno di adempimento da parte del Contraente degli obblighi relativi alla comunicazione dei dati necessari alla regolazione e al pagamento del premio di conguaglio.

C **Premio minimo anticipato**

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

D **Accertamenti e controlli**

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

6.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro tre giorni dalla data del sinistro deve essere dato avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Sede della Società, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Cod. Civ.
La denuncia deve contenere: descrizione dell'infortunio, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono. Essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.
Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.
L'accertamento di eventuali postumi di **invalidità permanente** deve essere effettuato in Italia.
In caso di inabilità temporanea (con o senza applicazione di apparecchio gessato) i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
In caso di applicazione di apparecchio gessato, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati **da cartella clinica** o da documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura o dal medico che ha effettuato l'intervento.
Se l'inabilità temporanea si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extra-europeo, l'indennizzo della diaria generica spetta soltanto per il periodo di degenza - documentata - in istituto di cura; **permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Società entro tre giorni**, pena la decadenza del diritto all'indennizzo corrispondente.
Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.
Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

6.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, 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 menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui al punto B1 dell'art. 4.1 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

6.3 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, **si procederà, mediante arbitrato di un Collegio Medico**. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.
Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

6.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.
L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.
Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

6.5 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'Assicurato, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo nei seguenti casi:

a **Invalidità permanente**

Trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile indennizzo definitivo.

b **Inabilità temporanea**

A guarigione clinica avvenuta la Società, in base alla documentazione acquisita, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta.

6.6 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Cod. Civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

6.7 TUTELA DELL'EVENTUALE RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, l'indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.
Qualora la presente polizza derivi dall'applicazione di un contratto di lavoro la norma si intende annullata.

(Valide soltanto se rese espressamente operanti con indicazione nel modulo di polizza)

7.1 LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che dovessero verificarsi durante lo svolgimento per conto del Contraente delle attività professionali descritte nella presente polizza.

7.2 RISCHIO IN "ITINERE"

Ad integrazione della precedente Condizione Aggiuntiva 7.1 la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa.

7.3 LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'assicurazione vale soltanto per gli infortuni extraprofessionali.
Qualora qualcuno degli Assicurati interrompa temporaneamente il rapporto di lavoro (aspettativa, cassa integrazione o simili), dal 15° giorno successivo all'interruzione e per tutta la durata della stessa, l'assicurazione è prestata per capitali ridotti del 50%.

7.4 VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SECONDO LE TABELLE INAIL

Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali stabilite al punto B) 1 dell'art. 4.1 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n.1124 del 30.6.65 (v. Tabella n. 1 pag. 20).

7.5 LIQUIDAZIONE SPECIALE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

In deroga al punto B) 2 dell'art. 4.1 l'Invalidità permanente è liquidata applicando al capitale assicurato la percentuale di indennizzo indicata nella sottostante tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertato.

X grado di Invalidità Permanente accertato (in percentuale)
Y Indennizzo = percentuale da applicare al capitale assicurato per Invalidità Permanente Totale

X	Y	X	Y	X	Y	X	Y
1-2	**0,2**	15	**11**	53	**56**	65	**80**
3-4	**0,5**	16	**12,5**	54	**58**	66	**82**
5	**1**	17	**14**	55	**60**	67	**84**
6	**1,5**	18	**15,5**	56	**62**	68	**86**
7	**2**	19	**17**	57	**64**	69	**88**
8	**3**	20	**19**	58	**66**	70	**90**
9	**4**	da		59	**68**	71	**92**
10	**5**	21	**21**	60	**70**	72	**94**
11	**6**	a	÷	61	**72**	73	**96**
12	**7**	50	**50**	62	**74**	74	**98**
13	**8**	51	**52**	63	**76**	75	**100**
14	**9,5**	52	**54**	64	**78**	e oltre	

7.6 EVENTI CATASTROFICI

(La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno).
L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani, ma per la metà delle somme indicate in contratto e per un massimo comunque di 129.200 (L. 250.166.084) per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente totale. Inoltre se più Assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di 1.549.400 (L. 3.000.056.738); se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti. Gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, **verificatisi fuori dai confini degli stati d'Italia, di San Marino, del Vaticano**, sono indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati.

7.7 MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa - per il solo caso di invalidità permanente - alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia.
L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento-infortunio, ma

con il massimo di 258.300 (L. 500.138.541) per singolo Assicurato.
La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto

nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari o inferiore al 24%;

se l'invalidità accertata è maggiore del 24%, la Società liquida un indennizzo pari al:
- 10% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 25% e il 32%;
- 25% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 33% e il 40%;
- 40% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 41% e il 50%;
- 55% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 51% e il 60%;
- 70% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 61% e il 75%;
- 100% del capitale assicurato per invalidità maggiori del 75%.

La presente estensione di garanzia vale a condizione che gli Assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.
Il Contraente si impegna a trasmettere agli Assicurati l'obbligo di denunciare alla Società di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi. L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di invalidità verranno effettuati in Italia.
La Società prenderà in considerazione soltanto i sinistri che siano denunciati non oltre 30 giorni dalla scadenza contrattuale.

7.8 LIQUIDAZIONE PRIVILEGIATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DI GRADO ELEVATO

Nel caso l'invalidità permanente sia maggiore del 60% della totale, la Società liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

7.9 RENDITA AGGIUNTIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORE DEL 65%

Nel caso l'invalidità permanente sia maggiore del 65% della totale, la Società, in aggiunta all'indennizzo previsto dalla polizza, assicura il pagamento di una rendita rivalutabile di 6.200 (L. 12.004.874) annui lordi per la durata di 6 anni, mediante accensione a favore dell'Assicurato di una polizza Vita. La polizza del Ramo Vita decorre dal giorno di sottoscrizione dell'atto con il quale si accerta il grado di invalidità; il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza Vita; la rendita sarà corrisposta a condizione che l'infortunato sia in vita.

7.10 CONDIZIONI SPECIALI (DIRIGENTI – AMMINISTRATORI - ADDETTI A FABBRICATI - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE AL CONTRAENTE - ASSICURAZIONE DI PERSONA NON NOMINATA - RISCHI DELLA CIRCOLAZIONE)

A Dirigenti di Aziende

1 Le percentuali di invalidità permanente stabilite al punto B) 1 dell'art. 4.1 sono sostituite dalle percentuali nell'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, del 30.6.65 (v. Tabella n. 1 pag. 20).

2 In deroga a quanto previsto dalla Condizione Aggiuntiva 7.17, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.

3 Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

4 Franchigie sulla Invalidità permanente. In parziale deroga a quanto stabilito al

punto B) 2 dell'art. 4.1, si conviene quanto segue:

la franchigia del 3% è annullata;

la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente 260.000 (L. 503.430.200);

la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente 390.000 (L. 755.145.300).

B Dirigenti di Aziende Industriali

Nei confronti dei dirigenti di aziende industriali si conviene - oltre quanto pattuito sub A) - quanto segue:

1 per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.6.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).

2 L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura maggiore del 10%.
Si intendono "malattie professionali" quelle riconosciute per l'attività industriale esercitata dal Contraente dal T.U. Infortuni sul lavoro citato e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, ferma l'esclusione delle lesioni da radiazioni atomiche di cui all'art. 3.1 e).
Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.
Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

3 Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 6.2 – renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di Dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

C Dirigenti di Aziende del Terziario

Nei confronti dei dirigenti di azienda del terziario si conviene - oltre quanto pattuito sub A) - che qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio, professionale od extraprofessionale, accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 6.2, renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

D Amministratori
(La "formula 1" è alternativa alla " formula 2").

1 **Rischi connessi alle riunioni del Consiglio di Amministrazione**

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli Assicurati durante le riunioni del Consiglio di Amministrazione del Contraente nonché durante il trasferimento per raggiungere il luogo della riunione e per tornarne.

2 **Rischi della carica**

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli Assicurati nello svolgimento delle loro mansioni per conto del Contraente e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del Contraente, che l'infortunio si è verificato durante gli eventi sopra descritti.

E Addetti a fabbricati

L'assicurazione è prestata in favore dell'addetto (o degli addetti) al fabbricato indicato in polizza con le mansioni ivi descritte, esclusivamente per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento dei suoi compiti all'interno delle strutture o dell'area di pertinenza del fabbricato ed anche all'esterno delle stesse qualora le mansioni a lui affidate dall'amministrazione immobiliare lo richiedano. La garanzia vale soltanto per persone di età comprese fra 18 e 80 anni. Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di

amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.
Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'art. 6.2; se l'Assicurato risulta essere "persona assicurabile con patto speciale" (art. 3.3) la garanzia è ugualmente operante, ma l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.

F **Beneficio dell'assicurazione a favore del Contraente**

Premesso che la presente assicurazione è stipulata dal Contraente allo scopo di garantirsi contro le perdite materiali ed ogni altro onere che gli potesse derivare dalla morte o da una invalidità permanente o temporanea degli Assicurati, si conviene che qualsiasi indennizzo spettante a termini di polizza sarà dalla Società pagato direttamente al Contraente medesimo, che solleva la Società da qualsiasi obbligo verso gli Assicurati e/o eredi e/o aventi causa nascente dall'assicurazione.

G **Assicurazione di persona non nominata**

In base alla dichiarazione del Contraente che per l'esplicazione delle mansioni specificate in polizza non si avvale di altre persone al di fuori di quelle indicate, la Società rinuncia a conoscere preventivamente le loro generalità. Essa non sarà tuttavia tenuta a indennizzare eventuali infortuni, qualora risultasse che il Contraente abbia adibito alle mansioni di cui trattasi un numero di persone maggiore di quello indicato.
La garanzia è operante soltanto per le persone di età compresa fra i 18 e i 70 anni.
Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici e purché sia in grado di svolgere le mansioni descritte, la garanzia sarà valida ugualmente, intendendosi espressamente confermati i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 6.2.
Inoltre, qualora l'infortunato risulti essere "persona assicurabile con patto speciale" (art. 3.3) la garanzia è ugualmente operante, ma l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotta alla metà.

H **Rischi della circolazione**

La garanzia opera unicamente per gli infortuni occorsi al conducente del veicolo, identificato in polizza, durante ed in conseguenza della circolazione nonché per gli infortuni occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo, rese necessarie per riprendere la marcia.
L'assicurazione vale a condizione che il veicolo circoli con il consenso del Contraente e sia guidato da persona in possesso della prescritta patente di abilitazione e degli altri requisiti previsti dalle vigenti Leggi.
La guida a titolo professionale deve essere espressamente indicata in polizza; in difetto si applicano le norme dell'art. 1898 del Cod. Civ.
Qualora la garanzia sia resa operante nei confronti dei trasportati, la stessa è prestata a condizione che sia stato assicurato un numero di persone corrispondente a quello dei posti risultanti dalla carta di circolazione; in difetto si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Cod. Civ.
Se, al momento del sinistro, sul veicolo risulti un numero di trasportati maggiore di quello indicato sulla carta di circolazione, i capitali individualmente assicurati saranno ridotti in proporzione al numero di trasportati accertato.
Nel caso di veicolo destinato al trasporto di cose, la garanzia è valida in quanto i trasportati si trovino all'interno della cabina di guida.

7.11 CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI

Qualora per esigenze aziendali il Contraente debba temporaneamente destinare un Assicurato a compiti diversi da quelli descritti in polizza sempreché rientranti nell'ambito della normale attività d'impresa, non si applicano le norme previste dall'art. 1.4 (Aggravamento di rischio).

7.12 ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI SOTTOSCRITTE DAGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre o con la sottoscritta Compagnia.

7.13 ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITÀ

(Valido unicamente in caso di rapporto di dipendenza fra Contraente e Assicurato).

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.
È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 6.2.
È parimenti confermato l'art. 3.2 "Persone non assicurabili - Limiti di età"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.
Inoltre, qualora l'infortunato risulti "persona assicurabile con patto speciale" (art. 3.3) la garanzia è ugualmente operante, ma l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.

7.14 GARANZIA INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE

A Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o - in caso di morte - i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea - in eccedenza all'indennizzo predetto, fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di 190.000 (L. 367.891.300) per persona.

B Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Società non potrà complessivamente superare la somma di 800.000 (L. 1.549.016.000).

C La garanzia prestata con la presente estensione dell'assicurazione è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, ma non vale:

per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;

se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;

se l'infortunato è:

1 ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;

2 amministratore o Socio del Contraente, se il Contraente è una Società a responsabilità illimitata, nonché le persone che si trovino con lui nei rapporti di cui al precedente punto 1.

D Se per un infortunio viene iniziato un procedimentopenale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà dare comunicazione alla Società appena ne è a conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza. La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine 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 a lui spettanti.

7.15 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI

(Con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo - art. 5.4).

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.
L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del Contraente circa la consistenza numerica degli assicurati per ogni categoria (o gruppo), quale risulta inizialmente indicata in polizza. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente: delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio, agli effetti della quale si considera il "numero

medio" degli assicurati per ogni categoria (v. punto A) 1 dell'art. 5.4).

7.16 ASSICURAZIONE MEDIANTE "REGISTRO VARIAZIONI"

(Con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo - art. 5.4).

L'assicurazione è inizialmente valida per le persone, per le somme e per le attività professionali dichiarate in polizza. In caso di sostituzioni, aggiunte o riduzioni di personale il Contraente provvede ad annotarle nell'apposito "Registro Variazioni", il quale costituisce parte integrante del contratto.
Le variazioni, agli effetti della garanzia, hanno validità dalle ore 24 del giorno (salvo che risulti espressamente indicata una data successiva) risultante dal timbro postale apposto sul tagliando "A" staccato dal Registro e spedito per raccomandata alla Società. Nel caso di consegna a mano farà fede la data apposta dai Rappresentanti della Società nel Registro conservato dal Contraente. È altresì ammessa - ai fini della decorrenza della garanzia - la segnalazione a mezzo telex, fax o telegramma a cui dovrà comunque fare seguito l'invio del tagliando "A" alla Società.
L'assicurazione di somme maggiori di quelle indicate in polizza, l'ingresso in assicurazione di persone esplicanti mansioni diverse da quelle dichiarate per il personale già assicurato e la estensione della garanzia a rischi non contemplati nel contratto dovranno essere preventivamente concordati e formare oggetto di appendice sottoscritta dalle Parti.
In caso di aumento delle somme garantite o di modifica nell'attività di persona già assicurata, ferme le norme di cui sopra e comunque per somme o attività previste dal contratto, si dovrà procedere alla duplice iscrizione in uscita e in entrata del nominativo.

7.17 ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI

(Con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo - art. 5.4).

A Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione delle somme assicurate e del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

B Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.

C Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno; salvo per i rapporti di lavoro a tempo determinato, di durata inferiore ai dodici mesi, per i quali il capitale assicurato sarà rapportato alla effettiva retribuzione pattuita per la durata del contratto di lavoro stesso.

D Il tasso di premio viene pattuito per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi del precedente punto B). Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.

Tabella n. 1

Allegato n. 1 al D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 per la valutazione del grado percentuale di invalidità permanente

Descrizione	Descrizione D.	S.
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	

Altre menomazioni della facoltà visiva, vedasi la tabella di valutazione seguente:

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

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il Grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutato il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 ..... 15%
   - con visus corretto di 7/10 ..... 18%
   - con visus corretto di 6/10 ..... 21%
   - con visus corretto di 5/10 ..... 24%
   - con visus corretto di 4/10 ..... 28%
   - con visus corretto di 3/10 ..... 32%
   - con visus corretto inferiore a 3/10 ..... 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Descrizione	D.		S.
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità 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	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione del 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	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice 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	
Anchilosi totale della articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semi pronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25		20
Anchilosi totale della articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale della articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semi pronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	35		30
Anchilosi completa della articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione			
a) in semi pronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in un qualsiasi altro punto		70	

Descrizione	D.	S.
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo. Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per il sinistro e viceversa.

UFF. REGISTRO BOLLO DELLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONI REALE MUTUA TORINO