

Polizza di assicurazione infortuni

"Obiettivo Persona"

Condizioni generali di assicurazione

Edizione dicembre 2008

Mod. 2110-20



Bernese Assicurazioni S.p.A.
Sede legale
Via G. A. Guattani, 6/A - 00161 Roma
Telefono +39 06 4416.441
Fax +39 06 4416.4494
www.bernese.it

CF e Registro imprese di Roma
n. 80178770584 P. IVA n.
02131381002
Capitale sociale euro
30.960.000 i. v.
Iscritta all'Albo imprese di
assicurazione n. 1.00037

Società appartenente al gruppo
assicurativo Allianz, iscritto
all'Albo gruppi assicurativi n. 018
Soggetta alla direzione
e coordinamento di Allianz S.p.A.

Allianz Group

INDICE

DEFINIZIONI	5
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	5
Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI	5
Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA	5
Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	5
Art. 5- AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	6
Art. 6- DIMINUZIONE DEL RISCHIO	6
Art. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	6
Art. 8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE	6
Art. 9 - ONERI FISCALI	6
Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	6
NORME RELATIVE ALLA POLIZZA INFORTUNI	6
Art. 11 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
Art. 12 – RISCHI COMPRESI	6
Art. 13 – RISCHI ESCLUSI.....	7
Art. 14 – AFFEZIONI.....	8
PRESTAZIONI BASE	8
Art. 15 – PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI MORTE	8
Art. 16 – PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	8
Art. 17 – CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	8
Art. 18 – PRESTAZIONE GRATUITA RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ DA RICOVERO SOSTITUTIVA	9
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	10
Art. 19 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	10
Art. 20/A – PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA ASSISTENZA	11
Art. 20/B – PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA “ESTENSIONE PER LA FAMIGLIA”	16
Art. 21– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA	17
Art. 22– CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA.....	17
Art. 23– DIARIA ALTERNATIVA DELL' INABILITÀ TEMPORANEA.....	17
Art. 24– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA.....	17
Art. 25– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO	17
Art. 26– CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO	17
Art. 27– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO E GESSATURA	18
Art. 28– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ FORFETTARIA PER RICOVERI PROLUNGATI	18
Art. 29– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO	18
Art. 30– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RIABILITAZIONE POST-INTERVENTO	18
Art. 31– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RENDITA VITALIZIA O CAPITALE SOSTITUTIVO	18
OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	19
Art. 32– VALIDITÀ TERRITORIALE	19
Art. 33– VARIAZIONI NELLE PERSONE E NELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI ASSICURATE	19
Art. 34– ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLE DICHIARATE	19
Art. 35– RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	20

Art. 36– INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE	20
Art. 37– RECESSO DAL CONTRATTO E ANTICIPATA RISOLUZIONE	20
NORME IN CASO DI SINISTRO	20
Art. 38 - OBBLIGHI	20
Art. 39 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	21
Art. 40 – DETERMINAZIONE DELL’INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	21
Art. 41 - DETERMINAZIONE DELL’INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA.....	21
Art. 42 – VALUTAZIONE DEL DANNO	21
Art. 43 – PAGAMENTO DELL’INDENNITÀ	21
Art. 44 – ANTICIPO SULL’INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	21
Art. 45 – ANTICIPO SULL’INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA	21
NORME RELATIVE AI SINISTRI ASSISTENZA	22
Art. 46 – NORME RELATIVE AI SINISTRI ASSISTENZA	22
Tabelle per la liquidazione dell’indennità di invalidità permanente Tabella ANIA	23
Tabelle per la liquidazione dell’indennità di invalidità permanente Tabella INAIL	24
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	27
A - INDICIZZAZIONE.....	27
B - MODALITÀ DI PAGAMENTO (FRAZIONAMENTO)	27
C - COLLEGAMENTO CON LA POLIZZA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI	27
D - COLLEGAMENTO CON LA POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI	27
E - DEROGA ALLA PROROGA DEL CONTRATTO.....	27
F - PROROGA DEL TERMINE DI PAGAMENTO DEL PREMIO (R.D.)	27
G - REGOLAMENTO SPECIALE PER LE POLIZZE IN BASE ALLE “RETRIBUZIONI”	27
H - CLAUSOLA BROKER.....	28
I - CLAUSOLA BROKER CON RIPARTO DI COASSICURAZIONE.....	28
L - PAGAMENTO DELL’INDENNITÀ ALLA DITTA CONTRAENTE (R.D.)	28
M - INDENNITA’ INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE (R.D.).....	28
N - PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (R.D.)	29
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO	29
1 - TABELLA DI LEGGE INAIL.....	29
2 - LIMITAZIONE DELL’ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI	29
3 - LIMITAZIONE DELL’ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI	29
4 - INFORTUNI DI LOCOMOZIONE.....	29
5 - INFORTUNI DI LOCOMOZIONE CON ESTENSIONE AI MOTOCICLI E CICLOMOTORI.....	30
6 - RISCHIO CALAMITÀ NATURALI	30
7 - CONSENSO PER LA LIQUIDAZIONE DEL CASO MORTE	30
8 - SOVRARISCHI SPORTIVI	30
9 - SOVRARISCHI SPORTIVI.....	31
CONDIZIONI PARTICOLARI LEGATE ALL’ATTIVITA’ PROFESSIONALE	31
P. 1 - ESCLUSIONE DELLE AFFEZIONI RADIOATTIVE	31
P. 2 - MEDICO TIROCINANTE/MEDICO BORSISTA	31
P. 3 - RADIODERMITI	31
P. 4 - SUPERVALUTAZIONE	32

P. 5 - SUPERVALUTAZIONE	32
P. 6 - ESCLUSIONE CONFLITTI A FUOCO E CAUSE DI SERVIZIO (R.D.).....	32
P. 7 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI (R.D.).....	32
P. 8 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER DIRIGENTI DI AZIENDE COMMERCIALI (R.D.)	33
P. 9 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER QUADRI DELLA PICCOLA E MEDIA INDUSTRIA (R.D.)	33

DEFINIZIONI

Relative all'assicurazione in generale

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

INDENNIZZO O INDENNITÀ:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

SINISTRO:

il verificarsi del fatto per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato un sinistro.

SOCIETÀ:

l'impresa assicuratrice.

Relative all'assicurazione contro gli Infortuni

ATTIVITÀ PROFESSIONALE:

l'attività, dichiarata in polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo.

BENEFICIARIO:

colui in favore del quale, su designazione dell'Assicurato, la Società eseguirà la prestazione.

FRANCHIGIA:

la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

ISTITUTO DI CURA:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli Stabilimenti termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, i Gerontocomi e gli Ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

RICOVERO:

la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

RICOVERO IN DAY HOSPITAL:

il ricovero in Istituto di cura che si risolve in giornata.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

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 del Codice Civile.

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla 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 della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5- AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato 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, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

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 del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di assicurazione non trascorso.

Art. 8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta di una delle Parti, spedita mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

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 esso coincide con la durata del contratto. Qualora la polizza sia stata stipulata con durata poliennale, è in facoltà di ciascuna delle Parti di rescinderla al termine di ogni annualità, dando comunicazione all'altra Parte mediante raccomandata, almeno 60 giorni prima della scadenza.

Art. 9 - ONERI FISCALI

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

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME RELATIVE ALLA POLIZZA INFORTUNI

Art. 11 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobbies anche se a carattere continuativo;
- c) *durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace, limitatamente ai casi di Morte, di Invalidità permanente e di Diaria alternativa dell'Inabilità temporanea.*

Sono comunque esclusi gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

Art. 12 – RISCHI COMPRESI

La copertura è operante per gli infortuni:

- derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli, ciclomotori e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione - escluso il virus H.I.V. - sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;

- annegamento;
- lesioni determinate da sforzi, con l'esclusione degli infarti, delle ernie (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:
 - se si determina ernia operabile, verrà corrisposta, sempreché prevista nella polizza, una indennità per il caso di Inabilità temporanea fino a un massimo di giorni 30;
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, le Parti hanno facoltà di risolvere la controversia incaricando uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

La garanzia ha effetto dalla data di inizio della polizza sempreché, all'atto del perfezionamento di quest'ultima, l'Assicurato abbia presentato un certificato medico che escluda l'esistenza di detta infermità. In mancanza del certificato la garanzia medesima sarà invece operante dopo un periodo di carenza di 180 giorni.

Nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riflettente la garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni, in assenza della citata documentazione medica, ha effetto:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di decorrenza della presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o congelamento.

Art. 13 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati :

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dall'uso, anche come passeggero
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero (Rischio Volo) durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti (eccetto il caso in cui si tratti di polizza stipulata - anche in convenzione - da Agenzie di Viaggio a favore della clientela); resta altresì inteso che l'operatività della garanzia non si estende all'eventuale assicurazione complementare infortuni della quale sia civilmente responsabile il Contraente;
- Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui è disceso.
- Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i capitali di:

Per persona:

- 1.040.000 Euro per il caso morte;
- 1.040.000 Euro per il caso invalidità permanente totale.

Complessivamente per aeromobile:

- 5.170.000 Euro per il caso morte;
- 5.170.000 Euro per il caso di invalidità permanente totale.

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferite ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzioni ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

La presente estensione di assicurazione non è valida nel caso di polizza di durata inferiore ad un anno.

- di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- di aeromobili di aeroclub;
- di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judò, karatè e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, hockey su ghiaccio o a rotelle;
- dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'Art. "Rischi compresi";
- da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- da trasformazioni 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.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo;

- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. "Rischi compresi", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- gli infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. 14 – AFFEZIONI

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni:

- epilessia, alcolismo, tossicodipendenza;
- sieropositività ove diagnosticata dal test H.I.V. ;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), nel momento in cui viene diagnosticata;
- sindromi organico cerebrali, schizofrenia;
- forme maniaco-depressive o stati paranoidei;

costituisce aggravamento del rischio e pertanto comporta l'applicazione dell'art. 1898 del Codice Civile.

PRESTAZIONI BASE

Art. 15 – PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennità per il caso di Morte non è cumulabile con quella per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità 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'indennità per Morte - se superiore - e quella già pagata per Invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora, dopo il pagamento dell'indennità, l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 16 – PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente, la relativa indennità è dovuta se l'invalidità si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennità per invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato, sulla base delle percentuali previste dalla Tabella contrattualmente operante per la liquidazione dell'indennità spettante e riportata nel relativo capitolo. L'indennità viene valutata in base a quanto stabilito dall'Art. "Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente" e viene corrisposta in conformità a quanto indicato nel successivo Art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente".

L'indennità è liquidata in contanti e non sotto forma di rendita.

Art. 17 – CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennità per Invalidità permanente viene corrisposta, per ciascun Assicurato, in base ai criteri stabiliti in polizza e secondo le seguenti modalità:

Forma 1: con franchigia 5% fino a Euro 250.000 e 10% sull'eccedenza

- Sul capitale assicurato fino a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10 % della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

Forma 2: con franchigia modulata del 5% assorbibile dopo il 15%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% ma non al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 5%;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% di invalidità permanente	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
% da liquidare	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46
% di invalidità permanente	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	e oltre	
% da liquidare	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100		

Forma 3: con franchigia 3% fino a Euro 100.000 e diversificata sull'eccedenza

- Sul capitale assicurato fino a Euro 100.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
 - sull'eventuale parte di capitale assicurato compresa fra Euro 100.000 e Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
 - sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.
- Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

Forma 4: con franchigia modulata del 3% assorbibile dopo il 10%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% di invalidità permanente	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
% di invalidità permanente	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	e oltre
% da liquidare	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100	

Forma 5: riconoscimento parziale, progressivo dei primi 50 punti, liquidazione del 100% dal 51° in poi e liquidazione di un capitale aggiuntivo al raggiungimento del 75%

- Dal 51° punto : 100% del capitale. L' Invalidità Permanente totale viene quindi riconosciuta dal 51° punto.
- Viene adottata a nuovo la tabella INAIL, in sostituzione della tabella ANIA, come riferimento per la liquidazione dell' indennità di Invalidità Permanente.
- Capitale aggiuntivo: ferma la normativa in corso, nei casi di Invalidità Permanente, di grado pari o superiore al 75% della totale, verrà riconosciuto un capitale aggiuntivo pari a Euro 100.000,00 per sinistro, con elevazione del massimo risarcimento per evento e per annualità assicurativa a Euro 1.000.000,00.
- L'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% di invalidità permanente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% da liquidare	0,30	0,60	0,90	1,20	1,50	3,00	3,50	4,00	4,50	5,00	
% di invalidità permanente	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
% da liquidare	8,25	9,00	9,75	10,5	11,25	12,00	12,75	13,5	14,25	15,00	
% di invalidità permanente	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
% da liquidare	15,75	16,5	17,25	18,00	18,75	19,5	20,25	21,00	21,75	22,5	
% di invalidità permanente	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
% da liquidare	23,25	24,00	24,75	25,5	26,25	27,00	27,75	28,5	29,25	30,00	
% di invalidità permanente	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
% da liquidare	30,75	31,5	32,25	33,00	33,75	34,5	35,25	36,00	36,75	37,5	100

Art. 18 – PRESTAZIONE GRATUITA RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ DA RICOVERO SOSTITUTIVA

Ove non sia prevista l'assicurazione per il caso di Inabilità temporanea in questo o in altri contratti in corso con la Società e sempreché la presente garanzia sia prestata in forma completa (professionale ed extra-professionale), resta convenuto che:

- in caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde all'Assicurato per ciascun giorno di degenza e a partire dall'8° giorno successivo a quello del ricovero (franchigia assoluta di 7 giorni) un importo pari all'1 per mille (un millesimo) della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente o per il caso di Morte ove non previsto dall'assicurazione il caso di Invalidità permanente, con il massimo di Euro 50 giornalieri e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

Resta tuttavia stabilito che nel caso in cui l'Assicurato, per la garanzia sopradescritta, risulti beneficiario di altre somme con altre polizze infortuni in corso con la Società, gli importi spettanti ai sensi della presente garanzia saranno riconosciuti fino alla concorrenza - fra le diverse polizze - di un importo complessivo non superiore al massimo di cui sopra.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Art. 19 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Premesso che viene considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, l'assicurazione vale per il caso di INVALIDITÀ PERMANENTE conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione.

In caso di malattia che abbia per conseguenza una INVALIDITÀ PERMANENTE di grado non inferiore al 25% e quest'ultima si verifichi entro un anno dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata, la Società liquida secondo le percentuali e le disposizioni seguenti un indennizzo calcolato sulla somma assicurata.

Percentuale d'Invalidità Permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
26	10
27	12
28	14
29	16
30	18
31	20
32	22
33	24
34	26
35	28
36	30
37	32
38	34
39	36
40	38
41	40
dal 42 al 65	dal 42 al 65
dal 66 al 100	100

La valutazione dell'INVALIDITÀ PERMANENTE viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.65 n. 1124, non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia.

Nei casi di INVALIDITÀ PERMANENTE non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di INVALIDITÀ PERMANENTE previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

La presente garanzia ha effetto a partire dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza.

Nel caso di malattia che abbia comportato, o sembri comportare, una invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla presente estensione di garanzia, deve essere presentata denuncia scritta entro tre giorni, indirizzata all'Agenzia cui è stato assegnato il contratto o alla sede della Società.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;
- b) certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dalla malattia;
- c) copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera b), deve essere presentato, con le modalità suddette, un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli eventualmente disposti dalla Società.

Qualora l'assicurazione prestata scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia, è concesso il termine di un anno dalla scadenza dell'assicurazione stessa per la relativa denuncia.

Ricevuta la predetta documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta e provvede al pagamento.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato che del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato fra le Parti, la Società paga l'importo stabilito ai beneficiari designati in polizza o, in difetto, agli eredi.

In caso di divergenza sulla natura della malattia o sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, vale quanto disposto dalle Condizioni Generali di Assicurazione (art. 18). Per ciò che non sia espressamente previsto e stabilito nella presente, valgono le Condizioni Generali di Assicurazione in quanto compatibili.

Forma parte integrante di questa estensione di garanzia il questionario anamnestico contenente le dichiarazioni dell'Assicurato relative al proprio stato di salute, ed in base alle quali è prestata la presente copertura assicurativa.

Art. 20/A – PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Le garanzie d'Assistenza previste in polizza sono prestate da Bernese tramite la Centrale Operativa di Mondial Assistance Italia S.p.A. – Via Ampère n. 30, 20131 Milano – in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di seguito indicata col proprio marchio commerciale "MONDIAL".

Le garanzie d'Assistenza previste in polizza sono prestate da Bernese all'Assicurato a seguito di infortunio.

SEZIONE I – ASSISTENZA 24H

A) Assistenza in casa

A1) Invio di un medico o di un'ambulanza al domicilio

Quando, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, MONDIAL provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, MONDIAL organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza al pronto soccorso.

Validità territoriale: Italia.

A2) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa di MONDIAL, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con MONDIAL più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa di MONDIAL provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso. Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Validità territoriale: Italia.

A3) Esami del sangue a domicilio con i centri medici convenzionati MONDIAL

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di MONDIAL di effettuare al domicilio gli esami del sangue qualora le sue condizioni di salute a seguito di infortunio, certificate dal suo medico, non gli permettono di potersi recare autonomamente presso il centro medico convenzionato MONDIAL. Tramite la centrale operativa di MONDIAL, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzati gli esami del sangue domiciliari a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con MONDIAL più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici richiesti. Sono a carico dell'Assicurato i soli costi inerenti gli accertamenti.

Validità territoriale: Italia.

A4) Invio di medicinali al domicilio

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico **MONDIAL**, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei farmaci prescritti il cui costo resta a carico dell'Assicurato.

Validità territoriale: Italia.

SEZIONE I – ASSISTENZA 24H

B) Assistenza in viaggio

Le seguenti garanzie operano in riferimento a qualsiasi spostamento dell'Assicurato al di fuori della propria provincia di residenza.

B1) Invio di un medico o di una ambulanza

Quando l'Assicurato, in caso di infortunio occorso in viaggio, necessita di una visita medica, MONDIAL provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviargli un proprio Medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, MONDIAL organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza presso una struttura ospedaliera per le cure del caso, tenendo a proprio carico i relativi costi.

Validità territoriale: Mondo

B2) Rientro/Rimpatrio sanitario

Quando, a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate dalla Guardia Medica di MONDIAL in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, **MONDIAL** organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di MONDIAL in accordo con il medico curante sul posto, mediante:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno ed adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Validità territoriale: Mondo

B3) Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio, l'Assicurato in viaggio viene ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, **MONDIAL** mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1A classe A/R), per recarsi sul posto. In alternativa, per raggiungere il congiunto assicurato, il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa di **MONDIAL** che gli venga messa a disposizione, fino ad un massimo di tre giorni consecutivi, una vettura a noleggio per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito **MONDIAL**. A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

Validità territoriale: Mondo

B4) Invio medicinali in viaggio

Quando i farmaci, regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco ed a giudizio della Guardia Medica di **MONDIAL** non vi sono specialità medicinali equivalenti nel luogo in cui si trova in viaggio l'Assicurato, **MONDIAL**, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, provvede ad inviarglieli con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. Il costo dei farmaci è a carico dell'Assicurato.

Validità territoriale: Mondo

SEZIONE I – ASSISTENZA 24H

C) Assistenza post ricovero

C1) Invio di un Infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato in seguito a ricovero ospedaliero per infortunio necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, **MONDIAL** provvede ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di € 250,00 per evento. Tale massimale si conviene elevato a € 500,00 in caso di ricovero superiore a 10 giorni. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale aiuto, **MONDIAL** provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato, in conformità al massimale suindicato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Validità territoriale: Italia.

C2) Invio di una colf, baby sitter, dog sitter od aiuto-spesa al domicilio

Quando l'Assicurato, in seguito a ricovero ospedaliero per infortunio, sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, **MONDIAL** provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter od aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo complessivo di € 250,00 per evento. Tale massimale si conviene elevato a € 500,00 in caso di ricovero superiore a 10 giorni. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, **MONDIAL** provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato, in conformità al massimale suindicato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. Validità territoriale: Italia.

SEZIONE I – ASSISTENZA 24H

Bernese Infortuni Plus

D1) Clausola raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie della Sezione Assistenza di questa polizza nel caso l'Assicurato fosse già titolare di analoghe coperture assicurative in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con BERNESE in corso di validità al momento della sua richiesta.

SEZIONE II – ASSISTENZA INFORTUNI IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA
E1) TIC (Temporary Inability Care) – Pacchetto di garanzie e servizi continuativi per l'inabilità temporanea da infortunio

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto ricovero dell'Assicurato, causato da infortunio, presso un pronto soccorso, day hospital o clinica ospedaliera fino ad un massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data di sua dimissione. La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio della guardia medica di MONDIAL in riferimento alle sue condizioni di salute ed in accordo col suo medico curante. Le prestazioni potranno essere erogate dopo due giorni lavorativi dalla sua richiesta e comunque dalla ricezione da parte della Guardia Medica di MONDIAL della documentazione medica di dimissione. Le prestazioni non potranno essere richieste più di una volta, per anno assicurativo, se riferite alla stessa patologia od evento.

A) caso di inabilità temporanea in condizioni di autosufficienza:

➤ **Controllo a distanza delle condizioni di salute**

La Guardia Medica TIC telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Guardia Medica TIC organizzerà tale intervento inviando sul posto in breve tempo un proprio medico od in alternativa invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino pronto soccorso preavvertendolo del suo caso e fornendo ogni informazione utile per l'immediata presa in carico della sua patologia. Prestazione totalmente a carico di TIC.

➤ **Controllo a distanza di parametri medici**

La Guardia Medica TIC, quando le sue condizioni di salute lo riterranno necessario, metterà temporaneamente a disposizione dell'Assicurato in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Guardia Medica TIC sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto, a seconda del caso, del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Guardia Medica TIC organizzerà tale intervento inviando sul posto in breve tempo un proprio medico od in alternativa invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino pronto soccorso preavvertendolo del suo caso e fornendo ogni informazione utile per l'immediata presa in carico della sua patologia. Prestazione totalmente a carico di TIC.

➤ **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**

La Guardia Medica TIC, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo ritenessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso: un letto ortopedico e/o materasso antidecubito e/o una sedia a rotelle e/o delle stampelle. Prestazione totalmente a carico di TIC. Qualora TIC non sia stata in grado di fornire questo servizio metterà a sua disposizione un massimale di 250,00€ ad evento.

➤ **Reperimento ed invio infermiere**

La Guardia Medica TIC provvederà ad inviare all'Assicurato un infermiere specializzato in caso di sue necessità terapeutiche attestate nel documento di prognosi o dal centro medico che ha emesso la stessa. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 150,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 170,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto.

➤ **Prelievi al domicilio per analisi mediche**

La Guardia Medica TIC provvederà ad inviare all'Assicurato personale medico convenzionato che effettuerà direttamente a casa sua il prelievo di sangue ed il ritiro delle urine in caso di sue necessità terapeutiche attestate nel documento di prognosi o dal centro medico che ha emesso la stessa. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 150,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 170,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto. Il massimale non comprende i costi di analisi.

➤ **Orientamento medico specialistico ed organizzazione visite**

La Guardia Medica TIC sarà a disposizione dell'Assicurato per consigliare i migliori centri clinici per la sua riabilitazione fisica. Prestazione totalmente a carico di TIC. Su richiesta sarà possibile organizzare una visita specialistica c/o tali centri il cui costo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Ascolto psicologico**

Uno psicologo TIC sarà a disposizione dell'Assicurato per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico. Prestazione totalmente a carico di TIC. Su richiesta dell'Assicurato sarà possibile organizzare una o più sedute terapeutiche c/o uno specialista il cui costo sarà a suo carico.

➤ **Disbrigo pagamento utenze**

TIC provvederà per l'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Organizzazione del servizio a carico di TIC, gli importi da pagare delle utenze saranno a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Disbrigo faccende domestiche**

TIC provvederà ad inviare all'Assicurato una colf per aiutare nella conduzione della casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il periodo di inabilità temporanea qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 150,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 170,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto.

➤ **Ricovero auto**

TIC provvederà per l'Assicurato al ricovero della sua auto c/o un deposito vicino a casa sua qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Organizzazione del servizio a carico di TIC, il costo inerente il ricovero del veicolo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

B) caso di inabilità temporanea in condizioni di non autosufficienza:

➤ **Controllo a distanza delle condizioni di salute**

La Guardia Medica TIC telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Guardia Medica TIC organizzerà tale intervento inviando sul posto in breve tempo un proprio medico od in alternativa invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino pronto soccorso preavvertendolo del suo caso e fornendo ogni informazione utile per l'immediata presa in carico della sua patologia. Prestazione totalmente a carico di TIC.

➤ **Controllo a distanza di parametri medici**

La Guardia Medica TIC, quando le sue condizioni di salute lo riterranno necessario, metterà temporaneamente a disposizione dell'Assicurato in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Guardia Medica TIC sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto, a seconda del caso, del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Guardia Medica TIC organizzerà tale intervento inviando sul posto in breve tempo un proprio medico od in alternativa invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino pronto soccorso preavvertendolo del suo caso e fornendo ogni informazione utile per l'immediata presa in carico della sua patologia. Prestazione totalmente a carico di TIC.

➤ **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**

La Guardia Medica TIC, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo ritenessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso: un letto ortopedico e/o materasso antidecubito e/o una sedia a rotelle e/o delle stampelle. Prestazione totalmente a carico di TIC. Qualora TIC non sia stata in grado di fornire questo servizio metterà a sua disposizione un massimale di 500,00€ ad evento.

➤ **Reperimento ed invio infermiere**

La Guardia Medica TIC provvederà ad inviare all'Assicurato un infermiere specializzato in caso di sue necessità terapeutiche attestate nel documento di prognosi o dal centro medico che ha emesso la stessa. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 200,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 250,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto.

➤ **Prelievi al domicilio per analisi mediche**

La Guardia Medica TIC provvederà ad inviare all'Assicurato personale medico convenzionato che effettuerà direttamente a casa sua il prelievo di sangue ed il ritiro delle urine in caso di sue necessità terapeutiche attestate nel documento di prognosi o dal centro medico che ha emesso la stessa. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 200,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 250,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto. Il massimale non comprende i costi di analisi.

➤ **Orientamento medico specialistico ed organizzazione visite**

La Guardia Medica TIC sarà a disposizione dell'Assicurato per consigliare i migliori centri clinici per la sua riabilitazione fisica. Prestazione totalmente a carico di TIC. Su richiesta sarà possibile organizzare una visita specialistica c/o tali centri il cui costo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Supporto psicologico**

Uno psicologo TIC sarà a disposizione dell'Assicurato per uno o più trattamenti psicoterapeutici dello stato depressivo conseguente alla condizione di non autosufficienza temporanea. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 250,00€ per evento. Tale massimale verrà aumentato a 300,00€ qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto.

➤ **Disbrigo pagamento utenze**

TIC provvederà per l'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità

temporanea qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Organizzazione del servizio a carico di TIC, gli importi da pagare delle utenze saranno a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Disbrigo faccende domestiche**

TIC provvederà ad inviare all'Assicurato una colf per aiutare nella conduzione della casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il periodo di inabilità temporanea qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 200,00€ ogni 7gg di prognosi. Tale massimale verrà aumentato a 250,00€ ogni 7 gg di prognosi qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto.

➤ **Ricovero auto**

TIC provvederà per l'Assicurato al ricovero della sua auto c/o un deposito vicino a casa sua qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Organizzazione del servizio a carico di TIC, il costo inerente il ricovero del veicolo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi precedenti:

➤ **Ricovero c/o Residenza Sanitaria Assistita**

TIC provvederà, su sua richiesta, al reperimento ed al ricovero dell'Assicurato in una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale giornaliero di 150,00€ per la retta di degenza. Tale massimale giornaliero verrà aumentato a 160,00€ per la retta di degenza qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto. Il rimborso della retta di degenza da ricovero verrà effettuato con il limite massimo di 35 giorni di ricovero consecutivi non frazionabili e con l'applicazione di una franchigia temporale relativa ai primi 5 giorni di retta di degenza da ricovero che saranno a carico dell'Assicurato stesso.

Inoltre, a disposizione dell'Assicurato, in concomitanza del periodo di ricovero di cui sopra:

(Prestazioni erogabili previo esplicito mandato a TIC e da organizzarsi "su misura" a seconda delle difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza da casa)

➤ **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**

TIC provvederà per l'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea qualora non fosse in condizioni di poter deambulare autonomamente. Organizzazione del servizio a carico di TIC, gli importi da pagare delle utenze saranno a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Disbrigo faccende domestiche**

TIC provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una colf per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 150,00€ ogni 7gg di ricovero. Tale massimale verrà aumentato a 170,00€ ogni 7 gg di ricovero qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto. Su richiesta dell'Assicurato sarà possibile organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici c/o un centro specializzato il cui costo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Protezione casa**

TIC provvederà per l'Assicurato al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua casa qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza di regolare denuncia sporta c/o le competenti autorità territoriali. Prestazione totalmente a carico di TIC col massimale di 250,00€ per evento. Tale massimale verrà aumentato a 280,00€ qualora TIC non sia stata in grado di fornire il servizio richiesto. Su richiesta sarà possibile organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura il cui costo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

➤ **Ricovero auto**

TIC provvederà per l'Assicurato al ricovero della sua auto c/o un deposito vicino a casa sua durante il suo periodo di ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di sua fiducia presso la sua abitazione. Organizzazione del servizio a carico di TIC, il costo inerente il ricovero del veicolo sarà a carico dell'Assicurato stesso.

DELIMITAZIONI E PRECISAZIONI RELATIVE A TUTTE LE SEZIONI

1. L'utente libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.
2. Sono escluse prestazioni richieste in dipendenza:
 - dall'esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
 - di guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
 - di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
 - di dolo dell'Assicurato;
 - di abuso di alcolici e psicofarmaci e l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - di fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
 - di gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
 - patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
 - di suicidio o tentativo di suicidio;

Sono inoltre escluse:

- le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.
3. Qualora l'utente non usufruisca di una o più prestazioni, MONDIAL non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.
 4. Ogni diritto dell'utente nei confronti di MONDIAL derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.
 5. A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a MONDIAL nel termine di tre giorni.
 6. Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni del Codice Civile.

Art. 20/B – PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA “ESTENSIONE PER LA FAMIGLIA”

■ **Danni estetici**

Per l'Assicurato che non abbia superato il 50° anno di età, in caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, non altrimenti indennizzabili, la Società rimborsa - fino a un importo massimo di Euro 2.500, da definirsi entro 2 anni dalla guarigione clinica - le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure e applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

■ **Perdita anno scolastico**

In favore degli studenti assicurati che frequentano scuole italiane di istruzione primaria e secondaria, in caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata che, a motivo della entità delle lesioni, dovesse comportare la impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società liquida una indennità pari a un importo di Euro 1.500.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino o Città del Vaticano nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

■ **Commorienza genitori**

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte di entrambi i genitori, l'indennità per il caso di Morte spettante ai figli minorenni in base alla presente polizza - se conviventi e in quanto beneficiari - sarà aumentata del 50%.

Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Società, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo di Euro 250.000 con questa o con altre polizze infortuni stipulate con la Società e che l'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso morte.

■ **Indennità forfetaria in presenza di minori di anni 10**

Se a causa di infortunio rientrante nella garanzia prestata, entrambi i genitori assicurati, o in caso di separazione legale, il genitore assicurato, dovessero risultare ricoverati in un Istituto di Cura pubblico o privato, per oltre 20 giorni, la Società in presenza di minori di anni 10, liquiderà un'indennità pari a Euro 1.000.

■ **Rapina e tentativo di sequestro**

A seguito di morte di uno dei coniugi assicurati causata da rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, la Società provvede a rimborsare il capitale morte maggiorato del 20% con il massimo di Euro 25.000.

Art. 21– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue attività professionali dichiarate, la Società liquida la diaria assicurata per un massimo di 365 giorni.

L'indennità per Inabilità temporanea viene valutata in base alle norme stabilite dall'Art. "Determinazione dell'indennità per il caso di Inabilità temporanea" e viene corrisposta, in conformità a quanto indicato nel successivo Art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Inabilità temporanea".

Art. 22– CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta, per ciascun Assicurato, in base ai criteri stabiliti in polizza e secondo le seguenti modalità:

■ **"A" -Con franchigia assoluta di 10 giorni (relativa di 3 giorni in caso di ricovero con 2 pernottamenti)**

A partire dall' 11° giorno computabile ai sensi del presente contratto.

Trascorsi 2 anni senza avere denunciato sinistri sulla presente garanzia, la franchigia si intende ridotta a 7 giorni; conseguentemente l'inabilità temporanea sarà computabile a partire dall' 8° giorno ai sensi del presente contratto.

Inoltre, in caso di infortunio che preveda ricovero in casa di cura pubblica o privata con almeno due pernottamenti, la franchigia sarà di 3 giorni; conseguentemente l'inabilità temporanea sarà computabile a partire dal 4° giorno, sempre ai sensi del presente contratto.

■ **"B" -Con franchigia assoluta di 30 giorni**

A partire dal 31° giorno computabile ai sensi del presente contratto.

Art. 23– DIARIA ALTERNATIVA DELL' INABILITÀ TEMPORANEA

Nel caso in cui, nel corso del contratto, l'Assicurato:

- venga chiamato a svolgere il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo di questo o venga richiamato per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace;
- entri nello stato di quiescenza;

l'assicurazione di Inabilità temporanea pattuita si intende sospesa/cessata e sostituita da una diaria da ricovero così disciplinata:

- in caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde all'Assicurato per ciascun giorno di degenza un importo pari all'1‰ (un millesimo) della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente o per il caso di Morte ove non previsto dall'assicurazione il caso di Invalidità permanente, con il massimo di Euro 50 giornalieri e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo;
- limitatamente agli Assicurati per i quali l'Inabilità temporanea è prestata "con franchigia di 7 giorni diversificata" o "con franchigia assorbibile fino a Euro 25 ", in caso di ricovero garantito a norma del precedente alinea del presente articolo, la Società corrisponde all'Assicurato una diaria per convalescenza di pari importo a partire dalla dimissione dall'Istituto di cura per una durata non superiore a 15 giorni per ogni ricovero.
- La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

Art. 24– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA

Si conviene che in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia determinato la necessità di applicare uno dei seguenti mezzi di contenzione:

- apparecchi gessati in genere;
- stecche gessate;
- apparecchi in resina acrilica;
- mezzi di osteosintesi per la riduzione di fratture ossee;
- altri mezzi di contenzione anche se removibili, dietro prescrizione medica, solamente nelle ore notturne con l'esclusione del collare di Schanz;

la Società corrisponderà l'indennizzo giornaliero convenuto per inabilità temporanea in caso di ingessatura.

L'indennizzo giornaliero verrà corrisposto, senza applicazione di alcuna franchigia, per ciascun giorno di ingessatura, fino alla sua rimozione e per la durata massima di 90 giorni - anche non consecutivi - per ogni evento.

Art. 25– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde a ciascun Assicurato l'importo contrattualmente pattuito, in conformità a quanto indicato nel successivo Art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Indennità giornaliera da ricovero".

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato ai sensi di polizza a cura ultimata e su presentazione in originale di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura.

Art. 26– CRITERI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

L'indennità giornaliera da ricovero viene corrisposta, per ciascun Assicurato, in base ai criteri stabiliti in polizza, indipendentemente da quanto previsto dall'Art. "Prestazione gratuita relativa al caso di Indennità da ricovero sostitutiva" e secondo le seguenti modalità:

■ **"1" - Senza franchigia**

La Società corrisponde l'indennità convenuta per ogni giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

■ **"2" - Con franchigia di 3 giorni**

La Società corrisponde l'indennità convenuta a partire dal 4° giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

■ **"3" - Con franchigia di 5 giorni**

La Società corrisponde l'indennità convenuta a partire dal 6° giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

Art. 27– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO E GESSATURA

La Società in caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, corrisponderà all'Assicurato l'importo pattuito figurante in polizza per ogni giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato ai sensi di polizza, a cura ultimata su presentazione di originale di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura. Qualora l'infortunio comporti l'applicazione di gessatura, la Società corrisponderà all'Assicurato una indennità pari alla metà di quella stabilita per ogni giorno di degenza a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di Cura se vi è stato ricovero, oppure dal giorno dell'applicazione della gessatura se non vi è stato ricovero, sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 45 giorni.

Art. 28– PRESTAZIONE RELATIVA AL CASO DI INDENNITÀ FORFETTARIA PER RICOVERI PROLUNGATI

In caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde la somma prescelta dall'Assicurato in base alla combinazione esplicitamente indicata in polizza.

L'assicurazione vale purché i giorni di degenza siano consecutivi (senza soluzione di continuità) e viene prestata all'Assicurato una sola volta nell'anno assicurativo.

Art. 29– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO

In caso di Infortunio indennizzabile, con o senza ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato), fino a concorrenza della somma assicurata indicata in Polizza per anno assicurativo, la Società rimborsa le spese per:

- a) onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- b) uso della sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi;
- c) rette di degenza in ospedale o clinica;
- d) medicinali prescritti dai medici curanti;
- e) onorari medici;
- f) accertamenti diagnostici in genere;
- g) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo di soccorso dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura (pubblico o privato);
- h) acquisto o noleggio di apparecchiature ortopediche e/o terapeutiche;
- i) trattamenti fisioterapici.

L'onere complessivamente a carico della Società non potrà superare:

- il 15% del massimale pattuito per le voci d) e g);
- il 50% del massimale pattuito per la voce h);
- il 30% del massimale pattuito per la voce i).

Il rimborso di quanto dovuto all'Assicurato verrà comunque effettuato con l'applicazione di una Franchigia fissa di Euro 100,00 per singolo Infortunio.

Il pagamento viene eseguito a cura ultimata, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Struttura sanitaria. La documentazione in originale delle spese sostenute trasmesse alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciuto.

Per le spese sostenute al di fuori del territorio italiano, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Per quanto non regolato dalla presente garanzia valgono - in quanto applicabili - le condizioni che disciplinano il contratto nella sua totalità.

Art. 30– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RIABILITAZIONE POST-INTERVENTO

L'assicurazione è valida - in caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza - per il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per trattamenti riabilitativi a seguito di intervento chirurgico (dovuto a infortunio) effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato anche in regime di day-hospital o in ambulatorio.

L'assicurazione vale per i trattamenti riabilitativi effettuati fuori ricovero entro i 100 giorni successivi all'intervento chirurgico e fino a concorrenza di Euro 1.000 per infortunio.

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di uno scoperto, a carico dell'Assicurato, pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura. La documentazione in originale delle spese sostenute trasmesse alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciuto.

Per le spese sostenute al di fuori del territorio italiano, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Per quanto non regolato dalla presente garanzia valgono - in quanto applicabili - le condizioni che disciplinano il contratto nella sua totalità.

Art. 31– PRESTAZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA RENDITA VITALIZIA O CAPITALE SOSTITUTIVO

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, residui all'Assicurato una invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale (valutato in base alle percentuali e alle altre disposizioni previste dalla "Tabella" operante per il caso di invalidità permanente), vengono applicate le seguenti disposizioni:

- la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennità per Invalidità permanente, mette a disposizione dell'Assicurato stesso la somma necessaria per la costituzione di una rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo mensile iniziale indicato in polizza a seconda che l'Assicurato stesso, al momento del sinistro, abbia già compiuto il 35° anno di età oppure abbia un'età inferiore ai 35 anni e comunque non inferiore ai 5 anni compiuti.
- La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con la Società di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.
- La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante; se al momento dell'infortunio l'Assicurato avesse un'età inferiore ai 5 anni compiuti, la Società, contestualmente e in aggiunta alla liquidazione dell'indennità per Invalidità permanente, corrisponderà all'Assicurato - in sostituzione della rendita - un ulteriore capitale pari a quello indicato in polizza. Il predetto capitale non è soggetto a franchigia alcuna.

OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI

Art. 32– VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, *fatta eccezione per il caso di Inabilità temporanea (ove prevista) la cui operatività è limitata agli infortuni subiti negli Stati Europei e in quelli Africani e Asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.*

Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di detti limiti, l'assicurazione di Inabilità temporanea vale per i giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato e in ogni caso a partire dal giorno del rientro negli Stati suddetti.

Art. 33– VARIAZIONI NELLE PERSONE E NELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza e per le relative attività dichiarate e in quanto permanga rispetto a esse il rapporto sulla base del quale fu fatta l'assicurazione.

Il Contraente ha l'obbligo di denunciare immediatamente alla Società le sostituzioni che si verificano nelle persone assicurate o la modifica delle attività professionali dichiarate.

L'assicurazione per il subentrante o per la nuova attività dichiarata - ove non implicino maggior rischio - diviene valida dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata con la quale viene fatta la comunicazione anzidetta.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione, mediante sostituzione del contratto, l'Assicurato o gli Assicurati cui l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

In ogni caso, sia che la variazione comporti o meno movimento di premio (in aumento o in riduzione), la Società prende e dà atto della variazione mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta.

Nel caso che il Contraente non accetti le nuove condizioni entro 8 giorni dalla loro comunicazione, ovvero non perfezioni, entro 8 giorni dalla presentazione, la polizza con la quale la Società dà atto della nuova situazione, pagando il relativo premio, la Società, nel termine di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha il diritto di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

Per gli infortuni che si verificano prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, si applica l'ultimo comma dell'art. 1898 del Codice Civile.

Il Contraente ha pure l'obbligo di estendere man mano l'assicurazione alle persone che venissero da lui assunte in servizio in aggiunta a quelle già assicurate, nonché di comunicare la cessazione dei singoli Assicurati, non seguita da sostituzione; in tali casi la Società ne prende atto con l'emissione del nuovo contratto alle nuove condizioni e l'assicurazione vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento del contratto stesso.

Art. 34– ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLE DICHIARATE

Fermo quanto disposto dagli Artt.:

- "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio"
- "Aggravamento del rischio"
- "Diminuzione del rischio"
- "Rischi esclusi"

se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente 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.

	Classe	Attività dichiarate			
		A	B	C	D
Attività svolte al momento del sinistro	A	100%	100%	100%	100%
	B	74%	100%	100%	100%
	C	53%	83%	100%	100%
	D	32%	67%	86%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate in calce alla polizza. In caso di attività eventualmente non specificata in tale classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a un'attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile fra le seguenti :

- 1 - Collaudatore auto/motoveicoli
- 2 - Attività a contatto con esplosivi e materiale pirotecnico
- 3 - Investigatore privato
- 4 - Controfigura e stunt-man
- 5 - Attività circense

la Società non corrisponderà alcun indennizzo.

Art. 35– RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 36– INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

Art. 37– RECESSO DAL CONTRATTO E ANTICIPATA RISOLUZIONE

Fermo quanto stabilito dall'Art. "Recesso in caso di sinistro" delle Condizioni Generali di Assicurazione, in caso di risoluzione anticipata del contratto per cessazione del rischio e negli altri casi di recesso o risoluzione anticipata per le ipotesi previste dagli Artt. "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e "Aggravamento del rischio" delle Condizioni Generali di Assicurazione spettano alla Società, oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione, ai sensi degli artt. 1892, 1894, 1896 e 1898 del Codice Civile.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 38 - OBBLIGHI

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro 3 giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e dev'essere corredata da certificato medico.

Il Contraente o l'Assicurato deve altresì:

- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi alla Società;
- dare immediato avviso telegrafico alla Società se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura.

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 39 - 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 previste dalla "Tabella" contrattualmente operante per la valutazione del grado di invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Art. 40 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con 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 o 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", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla "Tabella" stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

Art. 41 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

Premesso che con l'espressione "giorno computabile" si intende il giorno successivo a quello dell'evento (o della denuncia di sinistro in caso di ritardo della stessa), l'indennità per inabilità temporanea:

- per l'infortunio regolarmente denunciato nei termini di cui all'Art. "Obblighi", decorre dal giorno successivo a quello dell'esaurimento della franchigia prevista in polizza;
- per l'infortunio denunciato oltre i termini di cui sopra, decorre dal giorno successivo a quello della ritardata denuncia e viene corrisposta fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità, con detrazione dei giorni di franchigia contrattualmente previsti.

Rimane fermo quant'altro stabilito dalla polizza all'Art. "Prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea".

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici nel termine prescritto, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Resta stabilito che la somma assicurata per il caso di Inabilità temporanea verrà corrisposta:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in polizza;
- b) al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate in polizza

Art. 42 – VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un Perito da questa incaricato - con il Contraente o persona da lui designata. In caso di disaccordo le Parti hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto.

Art. 43 – PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in Euro.

Art. 44 – ANTICIPO SULL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Limitatamente al caso di Invalidità permanente è data facoltà agli Arbitri, qualora ravvisino l'opportunità di rinviare la definitiva valutazione del danno, di liquidare all'Assicurato un anticipo sull'indennità, fermo restando che l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente dovrà avvenire comunque entro 3 anni.

Art. 45 – ANTICIPO SULL'INDENNITÀ PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

In caso di prolungata Inabilità temporanea, accertata l'indennizzabilità dell'infortunio e il perdurare dell'inabilità stessa, la Società provvede - su richiesta dell'Assicurato - al pagamento di quanto dovutogli, a periodi di 60 giorni, e ciò fino a guarigione clinica avvenuta, fermo il limite massimo di 365 giorni previsto dall'Art. "Prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea".

NORME RELATIVE AI SINISTRI ASSISTENZA

Art. 46 – NORME RELATIVE AI SINISTRI ASSISTENZA

Per permettere l'intervento immediato di Mondial Assistance l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- **Telefono** **02 266 09 422**
- **Linea Verde** **800 506 525**

indicando con precisione:

- il tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- numero della propria polizza Bernese;
- indirizzo e luogo da cui si chiama;
- eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, semprechè autorizzate dalla Centrale Operativa di **Mondial Assistance Italia S.p.A.**, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

MONDIAL Assistance Italia s.p.a.
Via Ampère, 30
20131 MILANO (MI)

N.B.: Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa NON saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice ABI, CAB e CIN.

Tabelle per la liquidazione dell'indennità di invalidità permanente

Tabella ANIA

Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
- 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%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Amputazione 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%	
Amputazione di un piede	40%	
Amputazione di ambedue i piedi	100%	
Amputazione di un alluce	5%	
Amputazione di un altro dito del piede	1%	
Amputazione della falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico-somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura 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	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Tabelle per la liquidazione dell'indennità di invalidità permanente

Tabella INAIL – Allegato n. 1

Tabella di legge INAIL L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin.
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 applicazioni di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
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%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	=	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio	12%	
- totale dell'anulare	8%	
- totale del mignolo	12%	
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio	5%	
- della falange ungueale dell'anulare	3%	
- della falange ungueale del mignolo	5%	
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio	8%	
- delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
- delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%

Segue

(Segue) Tabella INAIL

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

N.B. : In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.

4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata 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%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
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.

(Segue) Tabella INAIL – Allegato n. 2

Tabella di legge INAIL

Allegato n. 2 al Regolamento per l'esecuzione del DPR 30/6/65 n. 1124 (valido solo per le persone assicurate che operano nel settore Agricoltura) .

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
Sordità completa di un orecchio	20%	
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 tabella INAIL per gli infortuni oculari di cui all'allegato n. 1)	40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	16%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	=	
Perdita:		
- totale del braccio destro		85%
- del braccio destro al terzo superiore		80%
- totale del braccio sinistro		80%
- totale dell'avambraccio destro o del braccio sinistro al terzo superiore		75%
- totale dell'avambraccio sinistro o di tutte le dita della mano destra		70%
- totale di tutte le dita della mano sinistra		65%
- totale del pollice destro		30%
- totale del pollice sinistro		25%
- della falange ungueale del pollice destro		16%
- della falange ungueale del pollice sinistro		12%
- totale dell'indice destro		20%
- totale dell'indice sinistro		16%
- totale del medio	12%	
- totale dell'anulare	8%	
- totale del mignolo	12%	
- della falange ungueale dell'indice destro		7%
- della falange ungueale dell'indice sinistro		6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice destro	14%	
- delle due ultime falangi dell'indice sinistro	11%	
- delle due ultime falangi del medio	8%	
- delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
- delle due ultime falangi del mignolo	8%	
- totale di una coscia	80%	
- di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
- di una gamba al terzo superiore	65%	
- di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
- dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
- del solo alluce		11%
- di più dita del piede, per ogni dito perduto		5%

N.B. : In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

A - INDICIZZAZIONE

Qualora nel previsto riquadro di polizza sia indicato l'indice ISTAT, le somme assicurate ed il premio risultanti dal presente contratto sono assoggettate ad adeguamento automatico ad ogni scadenza annuale in conformità di quanto segue:

- 1) viene assunto per l'adeguamento l'indice nazionale generale dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT);
- 2) alla scadenza di ogni rata annuale le somme assicurate ed il premio vengono modificati in proporzione al rapporto fra l'indice di scadenza e l'indice iniziale, intendendosi per tali - rispettivamente - quello del mese di settembre dell'anno precedente la scadenza della rata annuale e quello del mese di settembre dell'anno precedente la data di inizio della polizza;
- 3) l'indice iniziale è indicato in polizza; quelli di scadenza risultano nelle rispettive quietanze di premio;
- 4) l'aumento o la riduzione delle somme assicurate e del premio, conseguenti all'adeguamento, decorrono dalla data di scadenza della rata annuale dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata;
- 5) le Parti possono recedere dalla presente condizione particolare mediante lettera raccomandata da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza annuale. In tale ipotesi la clausola cessa di avere vigore dalla data di scadenza del periodo assicurativo in corso e le somme assicurate e tutti gli altri importi monetari non subiranno alcun ulteriore adeguamento automatico;
- 6) in caso di ritardo o di interruzione nella pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT, viene utilizzato equivalente indice di altra fonte;

All'adeguamento di cui sopra:

- non sono soggette le franchigie espresse in "percentuali" e in "giorni" e le "somme" su cui dette franchigie trovano applicazione per condizioni di polizza;
- non sono soggetti gli importi in cifra assoluta di cui all'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione relativamente alla estensione del "Rischio Volo";
- non sono soggette in ogni caso ad adeguamento le prestazioni aggiuntive:
 - "Rendita vitalizia o capitale sostitutivo"
 - "Rimborso spese di cura rese necessarie da infortunio"
 - "Riabilitazione post-intervento".

B - MODALITÀ DI PAGAMENTO (FRAZIONAMENTO)

Premesso che il pagamento è stato frazionato secondo le modalità indicate in polizza, il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero, fermi i disposti dell'Art. "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

C - COLLEGAMENTO CON LA POLIZZA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

Il presente contratto è collegato alla polizza infortuni per i soli rischi extra-professionali, i cui estremi sono indicati nel contratto stesso, riguardante i medesimi Assicurati e riflettente la stessa decorrenza e scadenza.

Resta pertanto convenuto che, qualora per qualsiasi motivo dovesse cessare la garanzia prestata per i rischi extraprofessionali nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati, analogamente cesserà - con effetto dalla stessa data - la garanzia prestata col presente contratto nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati.

D - COLLEGAMENTO CON LA POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI

Il presente contratto è collegato alla polizza infortuni per i soli rischi professionali, i cui estremi sono indicati nel contratto stesso, riguardante i medesimi Assicurati e riflettente la stessa decorrenza e scadenza.

Resta pertanto convenuto che, qualora per qualsiasi motivo dovesse cessare la garanzia prestata per i rischi professionali nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati, analogamente cesserà - con effetto dalla stessa data - la garanzia prestata col presente contratto nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati.

E - DEROGA ALLA PROROGA DEL CONTRATTO

A parziale deroga dell'Art. "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione", resta convenuto fra le Parti che il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

F - PROROGA DEL TERMINE DI PAGAMENTO DEL PREMIO (R.D.)

A parziale deroga dell'Art. "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che il termine utile per il pagamento dei premi delle rate future si intende elevato al numero di giorni stabilito in polizza.

G - REGOLAMENTO SPECIALE PER LE POLIZZE IN BASE ALLE "RETRIBUZIONI"

1. Agli effetti assicurativi, per "retribuzione" si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.
2. Per la liquidazione della indennità è considerata "retribuzione" annua dell'infortunato quella percepita e maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro, al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. Tali somme, in quanto effettivamente corrisposte all'infortunato nei 12 mesi precedenti, verranno aggiunte all'ammontare di cui sopra purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e il computo del premio di cui al successivo punto 4, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.
4. Il tasso di premio pattuito per ciascuna categoria di personale assicurata viene applicato sulle retribuzioni computate ai sensi del precedente punto 1. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente stabiliti, e aggiunte le imposte.

5. Il premio relativo al presente contratto è convenuto in base all'ammontare delle retribuzioni annue dichiarate dal Contraente; esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute nello stesso periodo, fermo il premio minimo che in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del totale del premio annuo anticipato, oltre le imposte.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo 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 per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi del 70% 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 comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 70% di quello dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie (quali il libro paga prescritto dall'art. 20 del DPR del 30 giugno 1965, n. 1124 o quello dei corrispettivi).

6. Per quanto non è disciplinato dalla presente, valgono le disposizioni delle Condizioni di Assicurazione.

H - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio <nome broker>. Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

I - CLAUSOLA BROKER CON RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Premesso che l'assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nell'apposita sezione, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio <nome broker>.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopraccitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

L - PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ ALLA DITTA CONTRAENTE (R.D.)

Il beneficiario delle somme assicurate per le prestazioni sotto specificate deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da infortuni subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- a) che i rapporti fra la Società e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- b) che le indennità liquidate ai sensi di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a mallevare la Società solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per l'infortunio o la polizza a margine indicati.

L'/Gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi. Firma degli Assicurati

Il pagamento delle indennità è riferito alle prestazioni:

M - INDENNITÀ INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE (R.D.)

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. "Prestazione relativa al caso di Morte" (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata, per essere computata 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'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

In caso contrario, fermo l'accantonamento delle indennità dovute, la Società, a norma della presente estensione, risponde delle maggiori somme che il Contraente responsabile dell'infortunio fosse tenuto a pagare a fronte delle prestazioni contrattualmente previste, in eccedenza alle indennità liquidate in base alla polizza e fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette indennità.

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 prestata con la presente estensione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al precedente capoverso.

Nel caso di infortunio che colpisca più Assicurati, il maggior esborso a carico della Società per l'assicurazione di cui alla presente estensione non potrà superare, a meno che non intervengano patti speciali, la somma complessiva stabilita in polizza.

La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a sensi della polizza di cui la presente estensione è parte integrante.

L'assicurazione di cui alla presente estensione non vale per gli infortuni che colpiscano:

- parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
- amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di una Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia 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 ai sensi 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 e azioni a esso competenti.

Le disposizioni di cui alla presente estensione non sono applicabili alla garanzia relativa al rischio volo.

Si applicano alla presente assicurazione, in quanto non diversamente disposto, le condizioni della polizza di cui la presente estensione è parte integrante

N - PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (R.D.)

Alla fine di ogni periodo di assicurazione verrà compilato uno speciale bilancio di partecipazione agli utili nel quale figurino:

- all'attivo: l'ammontare dei premi incassati dalla Società (escluse le imposte);
- al passivo:
 - a) il 30% dei premi effettivamente incassati, per spese di gestione e di amministrazione;
 - b) l'importo dei sinistri pagati (comprensivo delle spese sostenute per la liquidazione di essi);
 - c) l'ammontare preventivato o riservato per la liquidazione dei sinistri pendenti.

Dell'eventuale saldo attivo risultante da tale bilancio, il valore percentuale stabilito in polizza sarà devoluto alla Contraente.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

1 - TABELLA DI LEGGE INAIL

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al DPR 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della "franchigia relativa" prevista dalla precitata legge.

2 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI

L'assicurazione prestata con il presente contratto vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobbies anche se a carattere continuativo.

Resta pertanto inteso che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni che colpiscano l'Assicurato in occasione di lavoro retribuito, comunque e dovunque esplicito.

3 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione prestata con il presente contratto vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre è perché attende, per conto e ordine del proprio datore di lavoro, all'esercizio delle mansioni inerenti alla propria qualifica dichiarata in polizza.

4 - INFORTUNI DI LOCOMOZIONE

L'Assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre si trova a bordo sia come passeggero sia come guidatore di autovetture private o da noleggio libero, nonché solo come passeggero di:

- Taxi e autovetture da noleggio con conducente;
- autobus e filobus;
- treni, tranvie e metropolitane;
- natanti a motore in servizio pubblico.

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un mezzo di locomozione sino al momento in cui ne è disceso.

Se l'Assicurato è il guidatore del mezzo di locomozione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni che egli subisca mentre attende - in caso di fermata del mezzo - alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare il cambiamento dell'attività professionale dichiarata, qualora la nuova attività sia annoverabile fra le seguenti:

- Agente piazzista/di commercio, rappresentate, perito assicurativo;
- Autista di autocarri, autotrasportatore;
- Collaudatore, meccanico;

- Giornalista;
- Guardia del corpo/forestale/campestre/caccia;
- Informatore medico scientifico;
- Tutte le attività professionali inerenti la Navigazione;
- Tutte le attività professionali inerenti lo Spettacolo limitatamente ai soggetti esposti ai rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili.

In tal caso la presente garanzia cesserà dal momento in cui la Società è venuta a conoscenza del cambiamento della professione; la Società rimborserà alla Contraente la parte di premio pagata e non goduta.

Se il sinistro si verifica prima della predetta comunicazione la Società non corrisponderà alcun indennizzo all'Assicurato.

5 - INFORTUNI DI LOCOMOZIONE CON ESTENSIONE AI MOTOCICLI E CICLOMOTORI.

L'Assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre si trova a bordo:

- sia come passeggero sia come guidatore di autovetture e motocicli ad uso privato o da noleggio libero;
- solo come guidatore di ciclomotori;
- nonché solo come passeggero di:
- Taxi e autovetture da noleggio con conducente;
- autobus e filobus;
- treni, tranvie e metropolitane;
- natanti a motore in servizio pubblico.

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un mezzo di locomozione sino al momento in cui ne è disceso.

Se l'Assicurato è il guidatore del mezzo di locomozione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni che egli subisca mentre attende – in caso di fermata del mezzo – alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

L'assicurazione è valida sempreché venga osservata la disposizione di legge concernente l'obbligo del casco protettivo.

Fermi restando i criteri di corresponsione dell'indennità in base a quanto stabilito in polizza, limitatamente al caso di infortunio derivante dalla guida di motocicli e ciclomotori, nonché come passeggero di motocicli come sopra definiti, la copertura viene prestata unicamente per i casi Morte e Invalidità permanente, con il limite massimo indicato in polizza e l'indennizzo per Invalidità permanente verrà corrisposto in base ai seguenti criteri:

- sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali e alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

Il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare il cambiamento dell'attività professionale dichiarata, qualora la nuova attività sia annoverabile fra le seguenti:

- Agente piazzista/di commercio, rappresentate, perito assicurativo;
- Autista di autocarri, autotrasportatore;
- Collaudatore, meccanico;
- Giornalista;
- Guardia del corpo/forestale/campestre/caccia;
- Informatore medico scientifico;
- Tutte le attività professionali inerenti la Navigazione;
- Tutte le attività professionali inerenti lo Spettacolo limitatamente ai soggetti esposti ai rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili.

In tal caso la presente garanzia cesserà dal momento in cui la Società è venuta a conoscenza del cambiamento della professione; la Società rimborserà alla Contraente la parte di premio pagata e non goduta.

Se il sinistro si verifica prima della predetta comunicazione la Società non corrisponderà alcun indennizzo all'Assicurato.

6 - RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione, limitatamente ai casi di morte e di invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento

- che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di Euro 3.100.000;
- qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

7 - CONSENSO PER LA LIQUIDAZIONE DEL CASO MORTE

L'Assicurato / gli Assicurati, con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifestano il loro esplicito consenso affinché il capitale previsto per il caso della propria morte venga liquidato ai beneficiari indicati in polizza. Firma degli Assicurati

8 - SOVRARISCHI SPORTIVI

A parziale deroga dell'Art. "Rischi esclusi" - quarto alinea -, per i seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o sul ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto e pentathlon moderno, la garanzia si intende estesa agli infortuni che si verificano durante gare e competizioni (e relative prove e allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili.

Resta inteso che la garanzia viene prestata unicamente per i casi di Morte e di Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, per i capitali previsti in polizza.

L'indennità per Invalidità permanente verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sul capitale assicurato fino Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10 % della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali e alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

La valutazione del grado di Invalidità permanente verrà effettuata in base alle percentuali e alle altre disposizioni stabilite dalla Tabella ANIA riportata nella presente polizza, e ciò anche se per il calcolo della indennità di cui all'Art. "Prestazione relativa al caso di Invalidità permanente", si intende operante la "Tabella INAIL".

9 - SOVRARISCHI SPORTIVI

A parziale deroga dell'Art. "Rischi esclusi" - terzo e quarto alinea -, si prende atto che, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni che si verifichino

- a) in occasione della pratica delle attività sportive dichiarate in polizza, nonché
- b) durante gare e competizioni (e relative prove e allenamenti), organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili, dei seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o sul ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto e pentathlon moderno.

L'indennità per Invalidità permanente verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sul capitale assicurato fino a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a Euro 250.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10 % della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali e alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

La valutazione del grado di Invalidità permanente verrà effettuata in base alle percentuali e alle altre disposizioni stabilite dalla Tabella ANIA riportata nella presente polizza, e ciò anche se per il calcolo della indennità di cui all'Art. "Prestazione relativa al caso di Invalidità permanente", si intende operante la "Tabella INAIL".

CONDIZIONI PARTICOLARI LEGATE ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

P. 1 - ESCLUSIONE DELLE AFFEZIONI RADIOATTIVE

Con riferimento all'attività professionale dichiarata dall'Assicurato, a maggior chiarimento dell'Art. "Rischi esclusi" - decimo alinea - si precisa che le affezioni radioattive devono intendersi escluse dalla garanzia prestata con il presente contratto.

P. 2 - MEDICO TIROCINANTE/MEDICO BORSISTA

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'ambito della struttura ospedaliera presso la quale svolge la propria attività.

P. 3 - RADIODERMITI

A parziale deroga dell'Art. "Rischi esclusi" - decimo alinea -, concernente l'esclusione dei rischi atomici, la Società presta l'assicurazione anche per le lesioni e alterazioni di seguito specificate, in quanto derivanti dalla pratica professionale della Roentgendiagnostica, della Roentgenterapia, della fototerapia e delle correnti elettriche, alterazioni del sangue e alterazioni cutanee, note con il nome di radiodermi, nelle loro varie manifestazioni (distrofica, ulcerativa, neoplastica, con le eventuali complicazioni e diffusionsi metastatiche regionali e a distanza).

La validità dell'assicurazione è subordinata al fatto che le condizioni di lavoro dell'Assicurato nei gabinetti di radiologia siano uniformate alle disposizioni legislative e alle istruzioni ministeriali per la prevenzione degli infortuni e per la protezione dalle radiazioni.

Agli effetti di questa speciale garanzia, resta convenuto tra le Parti quanto segue:

- a) saranno prese in considerazione, agli effetti dell'indennità, soltanto le lesioni o alterazioni che si siano manifestate almeno dopo 6 mesi dalla decorrenza della polizza e che non siano conseguenze di situazioni patologiche preesistenti all'atto della sottoscrizione della presente polizza;
- b) l'indennità per il caso di inabilità temporanea e l'indennità giornaliera da ricovero conseguenti a dette lesioni o alterazioni verranno corrisposte, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, per un periodo massimo di 180 giorni;

- c) il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del grado di eventuale invalidità permanente, sempreché operante per l'Assicurato nella garanzia base, conseguente a una delle lesioni o alterazioni di cui sopra, viene fissato in 5 anni dal giorno della denuncia;
- d) le indennità per invalidità permanente, inabilità temporanea, indennità da ricovero giornaliera e indennità forfetaria per ricoveri prolungati, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, verranno corrisposte secondo i criteri indicati nei rispettivi Artt. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente", "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Inabilità temporanea", "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Indennità giornaliera da ricovero", "Prestazione relativa alla garanzia Indennità forfetaria per ricoveri prolungati".

P. 4 - SUPERVALUTAZIONE

A parziale deroga dell'Art. "Prestazione per il caso di Invalidità permanente", si conviene fra le Parti che in caso di infortunio avente per conseguenza la perdita totale, anatomica o funzionale, di un qualsiasi dito della mano destra o della mano sinistra, la Società liquiderà l'indennità nella misura del 25% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, fermo sempre il limite massimo del 100% stabilito dalle anzidette Condizioni di Assicurazione per il caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o di parte di essi.

Se trattasi di menomazione parziale, la percentuale sopra indicata verrà ridotta in proporzione della funzionalità perduta, rimanendo fermo che:

1. per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, ai fini della presente condizione particolare si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale, mentre in caso di perdita di funzionalità si intendono valide le percentuali di invalidità permanente stabilite dal suddetto Art. "Prestazione per il caso di Invalidità permanente";
2. l'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale di cui sopra.

P. 5 - SUPERVALUTAZIONE

A parziale deroga dell'Art. "Prestazione per il caso di Invalidità permanente", si conviene fra le Parti quanto segue:

- a) in caso di infortunio avente per conseguenza la perdita totale, anatomica o funzionale, del dito indice o del dito pollice delle mani, l'indennità verrà liquidata nella misura del 50% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- b) in caso di infortunio avente per conseguenza la perdita totale, anatomica o funzionale, di qualsiasi altro dito dell'una o dell'altra mano, l'indennità verrà liquidata nella misura del 25 % della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- c) rimane fermo sempre il limite massimo del 100% stabilito dalle anzidette Condizioni di Assicurazione per il caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti o di parti di essi.

Se trattasi di menomazione parziale, le percentuali sopra indicate verranno ridotte in proporzione della funzionalità perduta, rimanendo fermo che:

1. per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, ai fini della presente condizione particolare si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale, mentre in caso di perdita di funzionalità si intendono valide le percentuali di invalidità permanente stabilite dal suddetto Art. "Prestazione per il caso di Invalidità permanente";
2. l'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo delle percentuali di cui sopra.

P. 6 - ESCLUSIONE CONFLITTI A FUOCO E CAUSE DI SERVIZIO (R.D.)

Si prende atto fra le parti che dalla garanzia prestata con la presente polizza sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'attività professionale dichiarata in polizza.

P. 7 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI (R.D.)

1. Per quanto non è regolato dalle condizioni di seguito esposte, valgono le Condizioni Generali di polizza.
2. L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, a eccezione del paracadutismo e degli sports aerei in genere.
3. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.
4. L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali sia quelle riconosciute dall'INAIL sia quelle per le quali sia provata la causa di lavoro), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata, come stabilito dalle Condizioni Generali di Assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

5. L'indennità per invalidità permanente, sempreché operante per l'Assicurato nella garanzia base, verrà corrisposta in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al DPR 30 giugno 1965, n.1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della "franchigia relativa" contemplata dalla precitata legge per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale.

Qualora l'invalidità permanente conseguente a infortunio o a malattia professionale, valutata in base alle percentuali e alle disposizioni contrattuali, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente e una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, l'indennità verrà

corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

6. 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 quanto disposto dall'Art. "Criteri di indennizzabilità".
7. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

P. 8 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER DIRIGENTI DI AZIENDE COMMERCIALI (R.D.)

1. Per quanto non è regolato dalle condizioni di seguito esposte, valgono le Condizioni Generali di polizza.
2. L'indennità per invalidità permanente verrà corrisposta in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al DPR 30 giugno 1965, n.1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della "franchigia relativa" contemplata dalla precitata legge per il caso di infortunio.
Qualora l'invalidità permanente conseguente a infortunio, valutata in base alle percentuali e alle disposizioni contrattuali, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente e una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

P. 9 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER QUADRI DELLA PICCOLA E MEDIA INDUSTRIA (R.D.)

1. Per quanto non è regolato dalle condizioni di seguito esposte, valgono le Condizioni Generali di polizza.
2. L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali sia quelle riconosciute dall'INAIL sia quelle per le quali sia provata la causa di lavoro), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.
Resta confermata, come stabilito dalle Condizioni Generali di Assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
3. L'indennità per invalidità permanente, sempreché operante per l'Assicurato nella garanzia base, verrà corrisposta in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al DPR 30 giugno 1965, n.1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della "franchigia relativa" contemplata dalla precitata legge per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale.
Qualora l'invalidità permanente conseguente a infortunio o a malattia professionale, valutata in base alle percentuali e alle disposizioni contrattuali, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di quadro e una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.