

SOLUZIONE

Polizza di Assicurazione contro gli Infortuni

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1 - Definizioni	<i>pag. 2</i>
NORME GENERALI INFORTUNI	
2 - Oggetto e delimitazione del rischio	<i>pag. 3</i>
3 - Prestazioni	<i>pag. 5</i>
4 - Sinistri - diritti e doveri delle parti	<i>pag. 8</i>
5 - Disposizioni varie	<i>pag. 10</i>
6 - Condizioni aggiuntive	<i>pag. 12</i>
7 - Tabelle	<i>pag. 15</i>
Tabella I - percentuali di Invalidità permanente	<i>pag. 15</i>
Tabella II - classificazione delle attività	<i>pag. 17</i>
Tabella III - tabella INAIL per Invalidità permanente	<i>pag. 18</i>
NORME GENERALI DI ASSISTENZA	
8 - Premesse	<i>pag. 21</i>
9 - Assistenza sanitaria	<i>pag. 22</i>
10 - Servizi di assistenza	<i>pag. 25</i>
11 - Disposizioni comuni	<i>pag. 27</i>
NOTIZIE UTILI	
12 - Articoli del Codice Civile menzionati	<i>pag. 28</i>
13 - Cosa fare in caso di sinistro	<i>pag. 30</i>
14 - Prescrizione	<i>pag. 32</i>

Mod. NF48A

Ed. 12/2010



LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: 20090 SEGRATE (MI) | - Via Milano, 2 - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it
 Capitale sociale € 36.800.000,00 int. vers. - Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e
 Codice Fiscale 00436950109 - Partita I.V.A. 11929770151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
 a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112) - Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese presso
 l'Isvap al n. 1.00009 - Società appartenente al gruppo assicurativo Fondiaria-SAI, iscritto all'Albo
 dei gruppi assicurativi al n. 030 - Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO
FONDIARIASAI



1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Beneficiari: gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di Morte.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Diaria: la somma assicurata per ogni giorno di Inabilità temporanea o di ricovero ospedaliero o di gesso.

Franchigia: la parte di danno che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Infortunio professionale: Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali dichiarate.

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

Invalidità permanente: la perdita definitiva, a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dall'attività effettivamente esercitata.

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Istituto di cura: Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital (struttura sanitaria autorizzata, avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti), regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.

Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche e fisioterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Malattia: ogni oggettiva alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad Infortunio.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero: permanenza in Istituto di cura con pernottamento o in day hospital.

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

Società: la Liguria Società di Assicurazioni S.p.A.

Società di assistenza: la struttura convenzionata con la Società, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, rispondente al **Numero Verde 800-01.78.72** (solo per l'Italia) **Tel. +39 06 42115575** (per chiamate dall'estero) **Fax +39 06 4743262.**

2 - OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

2.1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati Infortuni anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore.
- 6) le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

2.2 - Infortuni causati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli Infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato. A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli Infortuni causati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

2.3 - Infortuni causati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 C.C., l'assicurazione è estesa agli Infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, trombe ed uragani, ma per la metà delle somme indicate in polizza e con un massimo indennizzo di € 130.000,00 per persona. Inoltre se più Assicurati con la Società fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di € 1.600.000,00; se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

2.4 - Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio civile sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. **L'assicurazione non comprende gli Infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione ad interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto dell'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.**

Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la prorogazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

2.5 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri gestiti da aziende che effettuano trasporto pubblico di persone. **In caso di incidente che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo non potrà superare la somma di € 5.200.000,00 per tutti gli indennizzi. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le**

somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

2.6 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni:

- a) causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e che la patente stessa venga rinnovata;
- b) causati dalla guida di aeromobili, dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio, nonché dall'uso, anche come passeggero, di alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- c) avvenuti in stato di ubriachezza, o in seguito ad abuso di psicofarmaci, o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) causati dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi commessi o tentati;
- f) causati da guerra e insurrezioni; sono invece compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 15 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione;
- g) causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli Infortuni causati:

- h) dalla pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- i) dalla pratica del paracadutismo;
- l) dalla pratica svolta anche a titolo non professionistico dei seguenti sport: alpinismo o sci alpinismo (oltre il 3° grado della scala di Monaco), atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, rugby, equitazione, foot-ball americano, hockey nelle varie forme, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore, bob, slittino, salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio, speleologia;
- m) dalla partecipazione a gare organizzate dalle competenti Federazioni e riservate ai propri tesserati di: baseball, calcio, ciclismo, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sport su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board nonché dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- n) dalla pratica professionale di attività sportive da parte dell'Assicurato.

Sono comunque esclusi gli infarti, da qualunque causa determinati, le ernie non traumatiche nonché le rotture del tendine di Achille.

2.7 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

2.8 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), diabete insulinodipendente o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 C.C., indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 5.2 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio) delle Norme Generali Infortuni e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.9 - Limite di età dell'Assicurato

Articolo abrogato.

3 - PRESTAZIONI

3.1 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio.

Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella Tabella I (pag. 15) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

3.2 - Morte

3.2.1 - Indennizzo per il caso di Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la Morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità permanente.

3.2.2 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione dell'art. 60, comma 3° del Codice Civile o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la Morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai Beneficiari la somma assicurata per il caso di Morte.

Se, dopo il pagamento dell'indennizzo, viene provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

3.3 - Invalidità permanente

3.3.1 - Invalidità totale

Se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

3.3.2 - Invalidità parziali tabellate

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella I (pag. 15).

3.3.3 - Invalidità parziali non tabellate - Criteri

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla Tabella I (pag. 15), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella I (pag. 15), le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni di uno o più 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 totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella I (pag. 15), la stessa viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella Tabella I (pag. 15) e dei criteri sopra richiamati, ed è pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

3.3.4 - Franchigia assoluta e differenziata per Invalidità parziali

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 160.000,00 non si fa luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 260.000,00 non si fa luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00 non si fa luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10%; se invece l'Invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.

3.3.5 - Abolizione Franchigia - Supervalutazione

Nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 30% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna delle franchigie previste al precedente punto 3.3.4. Qualora il grado di Invalidità permanente superi il 65%, verrà liquidato l'intero capitale assicurato.

6

3.4 - Inabilità temporanea

3.4.1 - Inabilità temporanea - Liquidazione integrale

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio ed escludendo i giorni di franchigia di cui al seguente punto 3.4.2.

La diaria viene corrisposta per un massimo di 300 giorni per ciascuna annualità assicurativa. L'indennizzo per Inabilità temporanea è cumulabile con quello per Morte o per Invalidità permanente.

3.4.2 - Franchigia assoluta e differenziata sulla Inabilità temporanea

L'indennizzo per Inabilità temporanea decorre:

- dal decimo giorno successivo, rispetto a quello computabile ai sensi di polizza, per somme assicurate non eccedenti € 52,00;
- dal quindicesimo giorno successivo, rispetto a quello computabile ai sensi di polizza, per somme assicurate eccedenti € 52,00.

3.4.3 - Abolizione Franchigia

Se l'Infortunio comporta ricovero ospedaliero o immobilizzazioni con apparecchi gessati o con tutori equivalenti, purché rigidi ed inamovibili, l'indennizzo verrà liquidato dal primo giorno successivo all'Infortunio stesso, senza deduzione di alcuna delle franchigie previste al precedente punto 3.4.2.

3.5 - Rimborso delle spese di cura

Per la cura delle lesioni causate da Infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato:

3.5.1 - in caso di ricovero o intervento chirurgico

le spese sostenute durante la degenza in istituto di cura per:

- esami
- onorari dei medici, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, nonché i diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese endoprotesi)
- rette di degenza
- trattamenti riabilitativi
- cure mediche

3.5.2 - relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero

le spese prescritte da medici specialisti e sostenute per:

- accertamenti diagnostici
- onorari dei medici
- interventi chirurgici ambulatoriali
- medicinali, materiale farmaceutico e parafarmaceutico
- trattamenti riabilitativi
- noleggio o acquisto di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche.

Le spese del presente punto sono rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 77,00 per ogni infortunio, resta a carico dell'Assicurato.

3.6 - Diaria da ricovero e da gesso

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera a tale titolo prevista in polizza:

- a) in caso di ricovero ospedaliero reso necessario da Infortunio indennizzabile a termini di polizza per un periodo massimo di 300 giorni per ciascuna annualità assicurativa;
- b) in caso di applicazione di apparecchi gessati o di tutori immobilizzanti equivalenti (esclusi collari o tutori terapeutici amovibili), resa necessaria da infortuni e sempreché l'immobilizzazione abbia una durata di almeno sette giorni, la Società liquida la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato e per un periodo massimo di 120 giorni per ciascuna annualità assicurativa.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, con presentazione di certificazione medica attestante la durata del ricovero e, per la gessatura, la sede della frattura nonché la data di applicazione e quella di rimozione della gessatura stessa.

3.7 - Danni estetici

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza abbia riportato conseguenze di carattere estetico che, pur non comportando invalidità permanente di carattere funzionale, abbiano provocato sfregi o deturpazioni, la Società rimborserà le spese sostenute per cure, applicazioni ed eventuali interventi di chirurgia ricostruttiva effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, fino a concorrenza di € 2.600,00, purché l'intervento avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

3.8 - Indennità aggiuntiva per soggetti particolari

In caso di morte dell'Assicurato che abbia a proprio carico figli minori e/o soggetti disabili o portatori di gravi infermità croniche invalidanti e/o anziani non autosufficienti quali eredi legittimi e facenti parte del nucleo familiare, la Società liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 30% della somma spettante agli stessi per il caso di morte, con il massimo complessivo di € 600.000,00 tra indennità per morte e la presente indennità aggiuntiva.

Questa indennità aggiuntiva non viene riconosciuta quando viene liquidata l'indennità aggiuntiva per commorienza dei coniugi come da Condizione Aggiuntiva 3.9.

Per il caso di invalidità permanente totale o parziale, purché accertata di grado superiore al 65%, la Società liquida una ulteriore indennità pari al 30% della somma assicurata indicata in polizza per il caso di invalidità permanente totale.

3.9 - Indennità aggiuntiva per commorienza dei coniugi

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte dell'Assicurato e del coniuge - assicurato o non, purché non legalmente separato - e nel contempo tali soggetti lascino figli minori conviventi beneficiari di polizza, la Società liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte.

4 - SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

4.1 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi dell'Assicurato

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata, per il caso di Inabilità Temporanea, da un primo certificato rilasciato dal reparto di Pronto Soccorso di Istituto di cura e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici.

Nel caso di Inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

L'Assicurato o, in caso di Morte, i Beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

4.2 - Diritto di surrogazione

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

4.3 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto di imposta, relativa al periodo di assicurazione non goduta.

4.4 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di Inabilità permanente o sul grado e durata dell'Inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 3.1 (Criteri di indennizzabilità) delle Norme Generali Infortuni possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo perito, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esse designato, contribuendo in parti uguali alle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Inabilità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

5 - DISPOSIZIONI VARIE

5.1 - Pagamento del premio

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

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall' art. 47 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l' intermediario.

5.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

5.3 - Aggravamento del rischio

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.

5.4 - Diminuzione del rischio

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

5.5 - Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli articoli 2.6 (Rischi esclusi dall'assicurazione), 5.2 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio), 5.3 (Aggravamento del rischio) e 5.4 (Diminuzione del rischio) delle Norme Generali Infortuni, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, senza che l'Assicurato stesso ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di sinistro:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- **l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, se la diversa attività aggrava il rischio, così come risulta dalla tabella seguente:**

PERCENTUALE RIDOTTA DELL'INDENNIZZO IN RELAZIONE ALLA DIVERSA ATTIVITÀ

Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio	ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Classe A	100%	100%	100%	100%
Classe B	75%	100%	100%	100%
Classe C	50%	75%	100%	100%
Classe D	25%	50%	75%	100%

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro e, di conseguenza, la percentuale di riduzione dell'indennizzo, si farà riferimento alla Tabella II "Classificazione delle attività" (pag. 17).
Quanto disposto dal presente articolo non si applica nei casi di estensione della garanzia previsti dall'art. 2.4 (Infortuni occorsi durante il servizio militare) delle Norme Generali Infortuni.

5.6 - Assicurazione di gruppi familiari

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

5.7 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

5.8 - Sinistro plurimo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la Società in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.100.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

5.9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente, salvo quanto stabilito al punto 2.9 (Limite di età dell'Assicurato).

5.10 - Modifiche dell'assicurazione

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

5.11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

5.12 - Rinvio alle norme di legge

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

6 - CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Valide se espressamente richiamate)

A - Limitazione dell'assicurazione agli Infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni conseguenti all'attività professionale dichiarata, compresi quelli che avvengono durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

B - Limitazione dell'assicurazione agli Infortuni extraprofessionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità.

C - Valutazione del grado di Invalidità permanente secondo la Tabella INAIL

A deroga del punto 3.3, la tabella delle percentuali di Invalidità permanente ivi richiamata (Tabella I pag. 15) si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30/6/65 n. 1124 e successive modificazioni (Tabella III pag. 18), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, ma con applicazione delle Franchigie previste al punto 3.3.4.

D - Franchigia assoluta su Invalidità permanente

A deroga del punto 3.3.4 lett. a) e b) delle Norme Generali Infortuni, non si fa luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente. Si conferma la franchigia indicata alla lett. c) del punto 3.3.4.

G - Esenzione franchigia Invalidità permanente fino a € 52.000,00

A parziale deroga del punto 3.3.4 lett. a), per il caso di Invalidità permanente si conviene che:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 52.000,00, l'indennizzo per Invalidità permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;

- sulla parte di somma assicurata eccedente € 52.000,00 e fino a € 160.000,00, non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 si confermano le franchigie indicate alle lettere b) e c) del punto 3.3.4.

H - I.P. specifica per particolari categorie professionali

A parziale deroga delle menomazioni indicate nella Tabella I (o, se operante, nella Tabella III pag. 18), in relazione all'attività dichiarata, sono operanti le seguenti disposizioni particolari:

1. Invalidità permanente specifica per medici

si conviene tra le Parti che, in caso di infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, la Società liquiderà l'Invalidità permanente secondo le seguenti percentuali:

- per la perdita dell'arto superiore	100%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	100%
- per la perdita del pollice	80%
- per la perdita della falange ungueale del pollice	40%
- per la perdita dell'indice	80%
- per la perdita del mignolo	40%
- per la perdita del medio o dell'anulare	20%
- per la perdita di una falange di ogni altro dito	1/3 del dito.

Per le altre menomazioni, relativamente a medici che praticano la chirurgia, l'odontoiatria o la fisioterapia, le percentuali di I.P. indicate nella Tabella I (o, se operante, nella Tabella III) si intendono aumentate di 5 punti percentuali, mentre per gli altri medici si intendono quelle indicate nelle citate Tabelle.

In caso di infortunio con perdita di più dita, l'indennizzo verrà stabilito mediante la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. **La somma massima assicurabile con la presente Condizione Aggiuntiva non può essere superiore a € 150.000,00. In caso di somma assicurata superiore, alla parte eccedente € 150.000,00 sarà ripristinato il calcolo dell'Invalidità permanente previsto dalla Tabella di Invalidità permanente operante.**

2. Invalidità permanente specifica per artisti e musicisti professionisti

si conviene tra le Parti che, in caso di infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, la Società liquiderà l'Invalidità Permanente secondo le percentuali di I.P. indicate nella Tabella I (o, se operante, nella Tabella III) aumentate di 15 punti percentuali, mentre per tutte le altre menomazioni si applicheranno le percentuali indicate nelle citate Tabelle.

I - Rischi Sportivi (escluse immersioni con autorespiratore)

A parziale deroga del punto 2.6 lett. m) delle Norme Generali Infortuni la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di uno o più dei seguenti sport: atletica pesante, arti marziali, lotta, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, bob, slittino, sci con salto dal trampolino, sci acrobatico. Sono escluse da questa estensione le immersioni subacquee con autorespiratore.

Nei confronti degli Assicurati che praticano una o più delle attività sportive sopraindicate resta convenuto che non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per Invalidità permanente superiore a detta percentuale, ferme restando le superiori franchigie previste al punto 3.3.4, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di Invalidità permanente eccedente il 5% della totale.

L - Rischi Sportivi (comprese immersioni con autorespiratore)

A parziale deroga del punto 2.6 lett. m) delle Norme Generali Infortuni la garanzia si intende estesa ai rischi sportivi di cui alla Condizione Aggiuntiva I), comprese le immersioni subacquee con autorespiratore e compresi i casi di embolia.

Resta ferma la franchigia assoluta del 5% nella suddetta Condizione Aggiuntiva.

M - Estensione alla responsabilità civile del Contraente (solo per aziende)

- 1) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o, in caso di Morte, i Beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, non rilascino quietanza liberatoria e avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare (per Morte, Invalidità permanente e Inabilità temporanea) in eccedenza all'indennizzo predetto, e fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 130.000,00 per persona.
- 2) Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 1.000.000,00.
- 3) La garanzia prestata con la presente estensione dell'assicurazione è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili ai sensi di polizza, ma **non vale:**
 - per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali obbligatorie;
 - se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente derivante da infortuni sul lavoro di dipendenti;
 - se l'infortunato è ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente, amministratore o socio del Contraente, se il Contraente è una società a responsabilità illimitata, nonché nei confronti delle persone che si trovino con lui nei rapporti di ascendenza o discendenza.
- 4) 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 a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti, nell'ambito della propria obbligazione contrattuale.

N - Esonero della denuncia di altre assicurazioni *(solo per aziende)*

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

O - Esonero della denuncia di infermità *(solo per aziende)*

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute. È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali Infortuni avverrà secondo i criteri di indennizzabilità stabiliti al punto 3.1.

Viene parimenti confermato il punto 2.8 (Persone non assicurabili). Pertanto qualora l'Infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio imponibile sarà restituito dalla Società, senza diritto ad alcuna indennità.

P - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni *(solo per aziende)*

- 1) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione delle somme assicurate e del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti per legge.
- 2) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.
- 3) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella determinata secondo i criteri di cui al punto 2) e corrisposta nei 12 mesi precedenti quello nel quale si è verificato l'Infortunio.
Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.
- 4) Il tasso di premio viene pattuito per ogni mille €uro di retribuzione computata ai sensi del precedente punto 2). Al premio risultante si applicano sconti e maggiorazioni pattuiti ed aggiunta l'imposta di legge.

7 - TABELLE

Tabella I - Percentuali di invalidità permanente

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
<i>Perdita anatomica o funzionale:</i>		
• di un arto superiore	70	60
• di una mano o di un avambraccio	60	50
• di un pollice	18	16
• di un indice	14	12
• di un medio	8	6
• di un anulare	8	6
• di un mignolo	12	10
• della falange ungueale di un pollice	9	8
• di una falange di un altro dito della mano	1/3 del dito	
<i>Anchilosi:</i>		
• della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25	20
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10	8
<i>Paralisi completa:</i>		
• del nervo radiale	35	30
• del nervo ulnare	20	17
<i>Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:</i>		
• 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	
<i>Perdita anatomica o funzionale di:</i>		
• un piede	40	
• ambedue i piedi	100	
• un alluce	5	
• un dito del piede diverso dall'alluce	1	
• della falange ungueale di un alluce	2,5	

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole	35	
• del ginocchio in estensione	25	
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10	
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15	
<i>Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno</i>	15	
<i>Esiti di frattura scomposta di una costa</i>	1	
<i>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</i>		
• di una vertebra cervicale	12	
• di una vertebra dorsale	5	
• della 12° dorsale	10	
• di una vertebra lombare	10	
<i>Postumi di un trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti</i>	2	
<i>Esiti di frattura del sacro</i>	3	
<i>Esiti di frattura del coccige con callo deforme</i>	5	
<i>Perdita totale, anatomica o funzionale, di:</i>		
• un occhio	25	
• ambedue gli occhi	100	
<i>Sordità completa di:</i>		
• un orecchio	10	
• ambedue gli orecchi	40	
<i>Stenosi nasale assoluta:</i>		
• monolaterale	4	
• bilaterale	10	
<i>Perdita anatomica:</i>		
• di un rene	15	
• 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.

Tabella II - Classificazione delle attività

CLASSE A

Soggetti che esercitano una professione prevalentemente sedentaria, che non svolgono attività in ambienti ove sono in funzione macchine operatrici, che non accedono a cantieri e impalcature.

Elenco esemplificativo delle principali attività

Agenti (assicurazione, credito, commercio, industria e servizi) - Albergatori senza lavoro manuale - Amministratori - Antiquari senza restauro - Architetti senza accesso ai cantieri - Avvocati - Barbieri - Benestanti senza particolari occupazioni - Bidelli - Biologi - Camerieri - Casalinghe - Clero (appartenenti al clero, esclusi missionari all'estero) - Collaboratori familiari - Commercialisti - Concessionari auto e motoveicoli - Consulenti (fiscali, del lavoro, finanziari, industriali) - Dentisti - Dirigenti e Quadri senza lavoro manuale - Disegnatori - Domestici e collaboratori familiari - Editori - Enologi - Estetisti - Farmacisti - Fisioterapisti - Fotografi solo in studio - Geologi solo in studio - Geometri senza accesso ai cantieri - Giornalai - Giornalisti solo in redazione - Grafici - Impiegati e Quadri senza accesso ai cantieri, officine, ponteggi - Imprenditori che non prestano lavoro manuale - Indossatori - Ingegneri senza accesso a cantieri - Insegnanti di materie non sperimentali o professionali - Istruttori di scuola guida - Magistrati - Massaggiatori - Medici - Musicisti - Notai - Odontotecnici - Orafi - Ostetriche - Paramedici - Parrucchieri - Pensionati - Periti solo in studio - Programmatori - Sarti - Studenti - Vetrinisti - Volontari.

Titolari e addetti di negozio o esercizio commerciale di:

abiti, confezioni - accessori per autoveicoli - articoli da regalo - articoli ed apparecchi fotografici e di ottica - articoli igienico-sanitari (senza installazione) - articoli in pelle, calzature - articoli sportivi - bar, caffè, birreria (senza lavoro manuale) - cartoleria, libreria - casalinghi - computer, mobili per ufficio - dischi, musica, strumenti musicali - drogheria, vini e liquori - elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne) - generi alimentari - giocattoli - merceria, tessuti - mobili (senza lavoro manuale) - oreficeria, orologeria, gioielleria - panetteria, latteria, pasticceria, gelateria (senza produzione) - pellicce, capi in pelle - profumeria - tabaccheria.

Altre attività

Attività non elencate, ma riconducibili per analogia ai criteri di appartenenza alla classe.

CLASSE B

Soggetti che accedono o lavorano abitualmente in laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, cantieri; soggetti che svolgono la loro attività all'esterno dell'azienda, con accesso a cantieri e impalcature, ma senza lavoro manuale e soggetti che compiono frequenti viaggi.

Elenco esemplificativo delle principali attività

Agricoltori senza uso di macchine operatrici - Albergatori con lavoro manuale - Allenatori sportivi (insegnanti, istruttori, maestri) - Allevatori di animali domestici (esclusi bovini, suini ed equini) - Antiquari con restauro - Architetti con accesso ai cantieri - Autisti esclusi autocarri e autobus - Autotrasportatori senza lavoro di carico e scarico - Commessi viaggiatori - Corniciai - Cuochi - Dirigenti e Quadri con lavoro manuale e con accesso ai cantieri - Distributori di carburante - Elettrauto - Floricoltori e vivaisti - Fotografi anche all'esterno (fotoreporter) - Geologo con attività esterna - Geometri con accesso a cantieri - Gestori di autorimesse - Giardinieri - Giornalisti anche all'esterno - Guardapesca, guardie campestri, guardacaccia - Impiegati e Quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi - Imprenditori che prestano lavoro manuale - Ingegneri con accesso a cantieri - Insegnanti di materie sperimentali o professionali - Litografi - Marmisti (posatori solo a terra) - Mediatori - Periti anche all'esterno - Piastrellisti - Riparatori di elettrodomestici in genere - Scultori - Tappezzieri - Tassisti - Tipografi - Veterinari - Vigili urbani.

Titolari e addetti di negozio o esercizio commerciale di:

articoli igienico-sanitari (con installazione) - armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni - bar, caffè, birreria (con lavoro manuale) - colori e vernici - ferramenta - fiori e piante - frutta e verdura - panetteria, latteria, pasticceria, gelateria (con produzione) - macelleria (senza macellazione) - pescheria - ristorante, trattoria, pizzeria - salumeria, rosticceria - surgelati - tintoria, lavanderia.

Altre attività

Attività non elencate, ma riconducibili per analogia ai criteri di appartenenza alla classe.

CLASSE C

Soggetti che svolgono attività comportanti lavori di pesante manualità, lavori con macchine operatrici, lavori su impalcature e lavori in cantieri, senza uso di esplosivi.

Elenco esemplificativo delle principali attività

Abbatitori di piante - Agricoltori con uso di macchine operatrici - Allevatori di animali (bovini, suini ed equini) - Antennisti - Autisti di autocarri, anche con carico e scarico, e di autobus - Autotrasportatori con lavoro di carico e scarico - Boscaioli - Calzolai - Carpentieri - Carrozzeri - Eletttricisti - Fabbri - Facchini - Falegnami - Fonditore di metalli - Guardie notturne, giurate - Idraulici - Imbianchini - Insegnanti di equitazione, di alpinismo, di sci - Marmisti anche su ponti e impalcature, senza uso di mine - Meccanici - Mobiliari - Muratori - Operai con uso di macchine e accesso a officine, cantieri, ponteggi - Pescatori (esclusa pesca d'altura) - Spedizionieri - Tornitori - Vetrai.

Titolari e addetti di negozio o esercizio commerciale di:

armeria con confezionamento di cartucce e munizioni - macelleria con macellazione.

Altre attività

Attività non elencate, ma riconducibili per analogia ai criteri di appartenenza alla classe.

CLASSE D

Altre attività non comprese né riconducibili nelle classi precedenti.

Tabella III - Tabella INAIL per invalidità permanente

(Allegato 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.6.65)

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella pag. 20)		
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 di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni 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
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) con anchilosi tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) con anchilosi 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita, per ogni dito perduto		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

(segue tabella a pagina successiva)

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%

Note

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 Inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
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%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

8 - PREMESSE

8.1 - Correlazione con la polizza infortuni

Le prestazioni di assistenza seguono le sorti del contratto di assicurazione a cui si riferiscono e del quale formano parte integrante.

Le prestazioni di assistenza si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della polizza stessa.

8.2 - Estensione territoriale

L'assistenza è operante per eventi verificatisi in tutti i paesi del Mondo, salvo le limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni. Per Italia si intende il territorio dello Stato Italiano, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano.

8.3 - Richiesta di assistenza - Prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste, telefonicamente, via telex o via telefax, nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie, direttamente ai numeri che seguono:

- Numero Verde **800-01.78.72**
- Linea Urbana **+39 06 42115575**
- Telefax **+39 06 4743262**

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni di assistenza, la Società di Assistenza non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

Qualsiasi diritto nei confronti della Società di Assistenza si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

8.4 - Linea Verde dedicata

La Società di Assistenza è a disposizione degli Assicurati per fornire immediatamente assistenza mediante Linea Verde (Tel. 800-01.78.72). Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

9 - ASSISTENZA SANITARIA

9.1 - Segnalazione di medici convenzionati in Italia e all'estero

La Società di Assistenza garantisce agli Assicurati un servizio di informazioni fornendo segnalazioni su medici convenzionati in Italia e all'estero.

9.2 - Segnalazione e/o prenotazione visita specialistica

La Società di Assistenza si attiverà, immediatamente dopo la richiesta, a segnalare ed eventualmente a prenotare una visita specialistica, comunicando la data dell'appuntamento entro le 48 ore successive.

Il costo della visita resta a totale carico dell'Assicurato.

9.3 - Ricerca e/o prenotazione posti letto

La Società di Assistenza provvederà, immediatamente dopo la richiesta, a segnalare ed eventualmente a prenotare posti letto presso centri di cura attrezzati per la patologia specifica dell'Assicurato.

Il costo della degenza resta a totale carico dell'Assicurato.

9.4 - Consulenza medica

Il servizio medico della Società di Assistenza, composto da un Direttore Sanitario e da una équipe di medici qualificati e specializzati, disponibili 24 ore su 24, è competente nel fornire informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico-sanitario:

- Reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
- Organizzazione di consulti medici;
- Centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie con relativa disponibilità di letti;
- Centri per cure termali;
- Segnalazione di infermiere professionista.

Qualora l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Società di Assistenza, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire.

9.5 - Consegna esiti a domicilio (in Italia)

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato si trovi impossibilitato a lasciare il proprio domicilio, potrà richiedere alla Società di Assistenza di effettuare il recapito, presso il proprio domicilio, dei referti di esami diagnostici effettuati presso i centri convenzionati.

Il costo della consegna rimane a carico della Società di Assistenza.

9.6 - Invio di un medico d'urgenza (in Italia)

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire urgentemente un medico e non riesca a mettersi in contatto con il proprio medico curante, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 o nei giorni festivi, potrà contattare la Società di Assistenza che provvederà ad inviare un medico convenzionato al domicilio dell'Assicurato. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, verrà organizzato, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. La Società di Assistenza terrà a proprio carico i costi relativi.

La prestazione sarà fornita all'Assicurato per un massimo di 3 volte all'anno.

9.7 - Invio di un medico d'urgenza (all'estero)

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire urgentemente un medico, potrà contattare la Società di Assistenza che provvederà ad inviare un medico convenzionato. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, verrà organizzato, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. La Società di Assistenza terrà a proprio carico i costi relativi.

La prestazione sarà fornita all'Assicurato per un massimo di 3 volte all'anno.

9.8 - Reperimento ed invio di una ambulanza

In caso di Infortunio o Malattia, qualora l'Assicurato, a giudizio del medico curante o dei medici della Società di Assistenza, abbia urgente necessità di un trasporto in ambulanza, la Società di Assistenza provvederà al reperimento e all'invio della stessa presso il domicilio dell'Assicurato. **La prestazione sarà fornita all'Assicurato per un massimo di 3 volte all'anno, con un massimale di € 150,00 per evento.**

9.9 - Trasporto sanitario dall'estero in Italia

Qualora l'Assicurato si trovi ricoverato all'estero per Infortunio o improvvisa Malattia e abbia necessità, a giudizio dei medici della Società di Assistenza o dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, la Società provvederà a sue spese ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo più appropriato, a scelta dell'Assicurato:

- a) in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
- b) presso la residenza dell'Assicurato.

Tale mezzo potrà essere, a scelta della Società di Assistenza:

- Aereo sanitario (previsto solo per i paesi europei e per i paesi del bacino mediterraneo);
- Aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato;
- Autoambulanza;
- Treno in prima classe, eventualmente in vagoni letto.

Se ritenuto necessario dall'équipe medica della Società di Assistenza, verrà fornita l'assistenza medica e/o infermieristica durante il rientro sanitario. Il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, saranno a carico della Società di Assistenza.

La Società di Assistenza ha la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o le lesioni che, a giudizio dell'équipe medica della Società di Assistenza, possono essere curate in loco o che non pregiudichino la prosecuzione del viaggio;
- i casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

9.10 - Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente articolo, la Società di Assistenza organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona indicata dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

9.11 - Rientro della salma in Italia

La Società di Assistenza organizza ed effettua il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le spese fino ad un massimo di € 3.000,00. A questa prestazione viene anche abbinato il biglietto di aereo o treno A/R per un parente residente in Italia, che voglia partecipare alle esequie.

Sono escluse le spese inerenti la cerimonia funebre e le eventuali spese di recupero della salma.

9.12 - Invio di medicinali urgenti all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessiti di specialità medicinali non reperibili in loco (ma regolarmente registrate in Italia) ed in mancanza di medicinali locali sostitutivi, potrà rivolgersi alla Società di Assistenza per richiederne l'invio. Tale invio sarà assoggettato alle vigenti norme del Paese in cui si trova l'Assicurato ed alle norme che ne regolano il trasporto.

Sono a carico della Società di Assistenza le spese per i medicinali e gli eventuali diritti doganali solo se sostenute in occasione di un ricovero. In caso contrario tali spese restano a carico dell'Assicurato, che si impegna a saldare il relativo importo alla Società di Assistenza a presentazione della fattura.

9.13 - Invio di medicinali urgenti in Italia

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di specialità medicinali, non reperibili in loco ed in mancanza di medicine sostitutive, potrà rivolgersi alla Società di Assistenza per chiederne l'invio. Restano a carico della Società di Assistenza le spese inerenti **l'invio delle specialità in questione, che potrà essere richiesto dall'Assicurato per un massimo di 3 volte all'anno. Il costo dei medicinali resta a totale carico dell'Assicurato.** All'atto della richiesta l'Assicurato dovrà comunicare: nome del farmaco, modalità di somministrazione e nome della casa farmaceutica.

9.14 - Anticipo denaro per spese mediche all'estero

La Società di Assistenza si impegna a corrispondere all'Assicurato un anticipo di denaro per le spese mediche, farmaceutiche e chirurgiche da sostenersi a seguito di ricovero ospedaliero conseguente ad Infortunio e/o malattia improvvisa, fino ad un massimale di € 3.000,00 contro opportuna garanzia bancaria o assegno circolare. L'Assicurato dovrà comunicare alla Società di Assistenza il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il proprio attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentono alla Società di verificare la solvibilità dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 90 giorni dall'erogazione della stessa; trascorso tale termine la Società potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario.

La prestazione non è operante:

- se l'Assicurato non è in grado, a insindacabile giudizio della Società di Assistenza, di fornire garanzie adeguate di rimborso;
- nei casi in cui l'espletamento della prestazione medesima contravvenisse le norme vigenti in materia valutaria.

9.15 - Rientro anticipato per decesso di un familiare

Qualora l'Assicurato nel corso di un viaggio dovesse rientrare alla sua residenza a causa dell'avvenuto decesso in Italia di un proprio familiare (genitori, figli, coniuge, fratello, sorella, suocero/a), potrà ottenere l'organizzazione del suo viaggio di rientro contattando la Società di Assistenza, che terrà a proprio carico le spese del viaggio in treno in prima classe o in aereo di linea in classe economica.

9.16 - Viaggio di un parente in caso di ricovero ospedaliero all'estero

Qualora in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa ed acuta l'Assicurato in viaggio all'estero venga ricoverato in una struttura sanitaria per un periodo superiore a 10 giorni, la Società di Assistenza fornisce a proprie spese un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo in classe economica A/R per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere il congiunto ricoverato.

9.17 - Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora in seguito a ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni gli accompagnatori dell'Assicurato siano costretti a trattenersi all'estero, la Società di Assistenza provvederà a proprie spese per il pernottamento in albergo, per un massimo di 3 giorni con un limite globale di € 300,00. La Società di Assistenza, nel caso in cui lo stato di salute dell'Assicurato, pur non giustificando un ricovero o un trasporto sanitario, non gli permetta di affrontare il viaggio di ritorno, contribuirà alle spese per il prolungamento del pernottamento in albergo dell'Assicurato, fino a concorrenza di € 400,00, con un massimo di € 100,00 per notte, e metterà a disposizione dell'Assicurato un biglietto di viaggio nel caso in cui questi non possa tornare con i mezzi inizialmente previsti.

9.18 - Trasferimento alla clinica scelta dall'Assicurato

Qualora l'Assicurato, in caso di Infortunio o di Malattia, desideri essere trasferito in una struttura sanitaria di sua scelta, la Società di Assistenza organizzerà il trasferimento con il mezzo ritenuto più idoneo, tenendo a proprio carico le spese fino ad un massimo di € 300,00.

10 - SERVIZI DI ASSISTENZA

10.1 - Segreteria telefonica per comunicazioni urgenti

In caso di sinistro, Infortunio o Malattia occorsi all'Assicurato, la Società di Assistenza mette a disposizione il proprio centralino per trasmettere eventuali messaggi a persone che l'Assicurato non riesce a contattare.

10.2 - Interprete all'estero

L'Assicurato che si trovasse in difficoltà per problema di lingua in seguito a:

- procedimento penale a suo carico conseguente ad incidente stradale
- ricovero ospedaliero

potrà chiedere alla Società di Assistenza di mettere a sua disposizione un interprete, fino ad un massimo di 8 ore lavorative. Le spese di retribuzione dell'interprete saranno a carico della Società di Assistenza.

10.3 - Segnalazione di legali convenzionati all'estero

La Società di Assistenza garantisce agli Assicurati un servizio di informazioni fornendo segnalazioni su legali convenzionati all'estero.

10.4 - Protezione carte di credito e assegni

Su richiesta e previa comunicazione di tutte le informazioni necessarie, la Società di Assistenza provvederà immediatamente a mettersi in comunicazione con la Credit Club o con la Banca dell'Assicurato per bloccare la carta di credito o gli assegni bancari.

10.5 - Anticipo di denaro per smarrimento o furto di carte di credito e/o assegni

In caso di smarrimento o furto di carte di credito e/o assegni, la Società di Assistenza si impegna ad effettuare all'Assicurato un anticipo di denaro per le spese di prima necessità che deve eventualmente sostenere **fino ad un massimo di € 800,00**, contro opportuna garanzia bancaria. Il rimborso di tali anticipi dovrà essere effettuato dall'Assicurato entro 15 giorni.

10.6 - Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato in viaggio, in conseguenza di furto, scippo, rapina o mancata consegna del bagaglio, dovesse sostenere delle spese impreviste, la Società di Assistenza provvederà ad anticipare allo stesso la somma di € 800,00, contro opportuna garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 giorni dall'erogazione della stessa; trascorso tale termine la Società di Assistenza potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società di Assistenza e se l'Assicurato non è in grado di fornire garanzie adeguate di rimborso ad insindacabile giudizio della Società di Assistenza. La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse le norme vigenti in materia valutaria.

10.7 - Invio bagaglio sostitutivo

Qualora l'Assicurato, durante un viaggio all'estero, smarrisca o subisca il furto del proprio bagaglio, potrà chiamare la Società di Assistenza e, indicando la persona da contattare, avrà a disposizione un nuovo bagaglio.

La Società di Assistenza infatti provvederà a ritirare il nuovo bagaglio e ad inviarlo nel luogo comunicato.

In caso di spedizione via aerea il bagaglio sarà a disposizione presso il più vicino aeroporto internazionale ed il peso del bagaglio non potrà essere superiore a 20 kg.

In caso di effettivo ritrovamento del bagaglio dell'Assicurato, la Società di Assistenza si occuperà a proprio carico di tutte le pratiche burocratiche relative alla spedizione ed al recapito del bagaglio al luogo ove soggiorna l'Assicurato o, nel caso di ritrovamento successivo al suo rientro in patria, presso il suo domicilio.

10.8 - Informazioni varie

La Società di Assistenza fornisce informazioni su:

- argomenti di carattere turistico e ricreativo (viaggi, orari aerei, treni e traghetti, alberghi, campeggi, ristoranti, stazioni sciistiche e termali, itinerari turistici, musei, fiere);
- documenti amministrativi per i viaggi all'estero, vaccinazioni;
- traffico, fornendo la situazione aggiornata in tempo reale delle Strade Statali ed autostrade;
- situazione meteorologica in Italia;
- argomenti di carattere burocratico come emissioni o rinnovi di certificati: di buona condotta, cittadinanza, matrimonio, morte, nascita, penale, residenza, stato di famiglia e simili; emissione o rinnovi di documenti personali: carta d'identità, codice fiscale, libretto di lavoro, libretto di pensione, passaporto, patente di guida; di fornire consulenze relative a rapporti con enti pubblici.

11 - DISPOSIZIONI COMUNI

(Sia all'Assistenza Sanitaria sia ai Servizi di Assistenza)

11.1 - Limiti di esposizione

Le eventuali spese sostenute, sempre se preventivamente autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, ricevute, notule).

11.2 - Delimitazioni - Esclusioni

Sono esclusi da tutte le garanzie di assistenza:

- i danni provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere;
- le prestazioni o spese non autorizzate specificatamente dalla Società di Assistenza;
- i danni conseguenti alla partecipazione ad attività illecite;
- i danni avvenuti in stato di ebbrezza, ovvero di alterazione determinata da uso di sostanze stupefacenti, psicofarmaci od allucinogeni;
- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

11.3 - Comunicazioni - Variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto al punto 8.4. Qualunque modifica del contratto non è valida se non risulta da documento sottoscritto dalle parti.

11.4 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente segnalato dal presente contratto valgono le vigenti disposizioni di legge.

11.5 - Controversia sulla liquidazione dei danni

In mancanza di accordo diretto sulla liquidazione dei danni, si procederà mediante tre periti, nominati uno da ciascuna delle Parti (Contraente e Mondial Assistance), ed il terzo dai due periti.

Le decisioni saranno prese a maggioranza. Se una delle Parti non provvede alla nomina o se i due periti non si accordano sul terzo, la scelta sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione è avvenuto il sinistro. Ciascuna delle Parti sopporta la spesa del proprio perito e metà di quella del terzo.

12 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE MENZIONATI

Art. 60 - III comma - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) *...omissis...*; 2) *...omissis...*; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute all'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producano una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicurato ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione: ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana e nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

13 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Premesso che:

- le richieste di prestazioni di assistenza sono regolate al punto 8.3;
 - le nostre Agenzie forniranno tutta l'assistenza del caso;
- si ritiene utile suggerire il comportamento da seguire per rendere più agevoli e tempestive le operazioni relative alla liquidazione.

13.1 - Denuncia

Presentare denuncia all'Agenzia, nei termini previsti dal punto 4.1, con una lettera raccomandata A.R. di avviso del sinistro (v. fac-simile al punto 13.4) contenente la descrizione della dinamica dell'Infortunio (luogo, giorno e ora, modalità) e allegando l'attestato del Pronto Soccorso sulla natura dell'infermità e la relativa prognosi.

13.2 - Numero sinistro

In seguito richiedere all'Agenzia il numero del sinistro assegnato alla pratica e l'ufficio liquidazione competente alla definizione. Ogni volta che si dovrà comunicare o chiedere notizie, si dovrà fare riferimento al numero del sinistro.

13.3 - Documentazione

- Se l'Infortunio comporta Inabilità temporanea, seguire le disposizioni del punto 4.1 delle Norme Generali Infortuni;
- se l'Infortunio comporta Invalidità permanente, a guarigione clinica avvenuta e con postumi consolidati (e ciò si verifica generalmente decorsi almeno 6 mesi dalla guarigione clinica), richiedere o fornire la valutazione dell'invalidità;
- se l'Infortunio comporta la Morte dell'Assicurato, i suoi aventi diritto (i Beneficiari indicati in polizza oppure gli eredi legittimi o testamentari, con i documenti attestanti tale qualifica) devono presentare certificato di morte in carta semplice; relazione medica sulle cause del decesso; copia del verbale dell'autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti ed ogni altro documento che riporti le circostanze in cui si è verificato l'Infortunio; copia integrale della cartella clinica se vi è stato ricovero; eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla Società;
- se l'Infortunio comporta ricovero ospedaliero e riguarda la garanzia rimborso delle spese di cura: fornire copia della cartella clinica e presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute, debitamente quietanzate (gli originali verranno restituiti con apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato);
- se l'Infortunio comporta ricovero ospedaliero e/o gesso:
 - per il ricovero: fornire copia integrale della cartella clinica;
 - per il gesso: fornire certificazione medica attestante la sede della frattura nonché la data di applicazione e quella di rimozione del gesso stesso.

13.4 - Fac-simile della lettera di avviso del sinistro

RACCOMANDATA A.R.

A Spett.le
LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.
Agenzia di
Via n.....
cap Località.....

Lì, il

Oggetto: Denuncia di sinistro su polizza INFORTUNI N.
Contraente - **Agenzia**
Assicurato

Il sottoscritto, nella sua qualità di(Contraente - Assicurato - Beneficiario -) della polizza indicata in oggetto, comunica che in data, alle ore, in località..... mentre l'Assicurato Sig.....
(*descrivere l'attività che l'Assicurato stava svolgendo*)

ha subito il seguente Infortunio (*descrivere come è avvenuto il fatto e quali lesioni ne sono derivate*):

Allego (oppure: Mi riservo di inviarVi) la seguente documentazione medica:

Per quant'altro fosse pertinente ed utile all'espletamento della pratica, Vi comunico i seguenti recapiti:

- Abitazione (indirizzo e numero telefonico)

- Luogo di lavoro (indirizzo e numero telefonico)

Distinti saluti

.....
(firma)

Cognome e Nome
Via n.
cap..... località
Tel. /

14 - PRESCRIZIONE

14.1 - Nozione

La prescrizione è un istituto giuridico che produce l'estinzione di un diritto per effetto dell'inerzia del titolare del diritto stesso che non lo esercita per il tempo determinato dalla legge. In base al 2° comma dell'art. 2952 del Codice Civile, il diritto dell'Assicurato all'indennizzo si prescrive "in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda", cioè nel nostro caso in un anno dalla data della denuncia dell'infortunio o dalla raccomandata di interruzione di tale prescrizione, a partire dalla quale decorre un nuovo periodo di prescrizione. Per interrompere la prescrizione è sufficiente un qualsiasi atto che costituisca in mora il debitore, come per esempio una lettera raccomandata (v. fac-simile lettera al punto 14.2).

La prescrizione non viene interrotta dalla visita dei medici della Società o dalla convocazione dell'Assicurato negli Ispettorati Sinistri della Società, ma solamente da una raccomandata di interruzione da parte del Contraente oppure da un esplicito riconoscimento del diritto dell'Assicurato da parte della Società (art. 2944 C.C.) come per esempio il versamento di un acconto o la promessa scritta di pagamento.

14.2 - Fac-simile della lettera di interruzione della prescrizione

RACCOMANDATA A.R.

A Spett.le

LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Agenzia di

Via n.....

cap Località.....

Lì, il

Oggetto: Sinistro N. del su Pol. Infortuni N.

Contraente - Agenzia

Assicurato

Il sottoscritto, nella sua qualità di (Contraente - Assicurato - Beneficiario) della polizza indicata in oggetto, comunica che a tutt'oggi non ha ancora ricevuto alcun indennizzo in merito al sinistro in oggetto.

Richiedo pertanto che Vi facciate parte attiva per definire prontamente il sinistro.

La presente vale anche quale interruzione della prescrizione ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 2943 del Codice Civile.

Distinti saluti

.....
(firma)

Cognome e Nome

Via n.

cap..... località

Tel. /