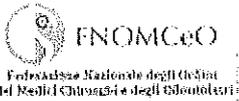


POLIZZA INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra


Via Ferdinando di Savoia, 1
00196 Roma (RM)
Partita Iva 02340010582

e

Società Assicuratrice

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del 30/06/2016
Alle ore 24.00 del 31/12/2017

Scheda di polizza

Polizza n.....

DATI DEL CONTRAENTE

CONTRAENTE **FNOMCeO**
SEDE LEGALE Piazza Cola di Rienzo, 80/A
00192 ROMA
CODICE FISCALE 02340010582

ESTREMI DELL'ASSICURAZIONE

DECORRENZA ORE 24.00 DEL 30.06.2016
SCADENZA ORE 24.00 DEL 31.12.2017
DURATA ANNI 1, MESI 6, GIORNI ---
DATA REGOLAZIONE

ASSICURATI vedi allegato 1) alla Scheda di Polizza
GARANZIE vedi allegato 2) alla Scheda di Polizza
SOMME ASSICURATE vedi allegato 2) alla Scheda di Polizza
FRANCHIGIE vedi allegato 2) alla Scheda di Polizza

SVILUPPO DEL PREMIO

RATA	Premio Netto	Imposta (2,50%)	Totale
Prima rata alla firma			
al 31.12.2016			

La presente polizza composta di pagine è stata emessa in.....
il.....

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

.....

.....

Il premio alla firma pari a €..... è stato incassato il
in.....L'esattore.....

Allegato 1) alla Scheda di Polizza

CATEGORIE ASSICURATE , TIPOLOGIA RISCHIO E PREMI UNITARI

CAT.	ASSICURATI	TIPOL. RISCHIO	N° assicurati	PREMIO LORDO UNITARIO
A	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente • Vicepresidente, • Segretario • Tesoriere • Presidente Commissione Odontoiatri componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Rischio Carica	530	€
B	<ul style="list-style-type: none"> • Consiglieri, • Componenti della Commissione Medici Chirurghi e della Commissione Odontoiatri • Revisori dei conti, componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Rischio Carica	1.800	€
C	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente • Vicepresidente • Segretario • Tesoriere Membri del Comitato Centrale <ul style="list-style-type: none"> • Presidente della Commissione Odontoiatri 	Rischio Carica	5	€
D	<ul style="list-style-type: none"> • Altri Membri del Comitato Centrale • Altri Membri della Commissione Medici Chirurghi • Altri Membri della Commissione Odontoiatri • Revisori dei Conti Componenti gli Organi istituzionali della FNOMCeO	Rischio Carica	23	€
E	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipanti a riunioni/eventi convocati dalla FNOMCeO, diversi dai soggetti elencati nei punti C e D 	Rischio missione	1.300 giornate/uomo (anticipato salvo regolazione)	€
F	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i Dipendenti della FNOMCeO e Giornalisti fuori ruolo 	Rischio professionale ed itinere	40	€
PREMIO LORDO COMPLESSIVO				€

N.B. SI PRECISA CHE QUANDO UN SOGGETTO E' APPARTENENTE A PIU' CATEGORIE VERRA' CONTEGGIATO UNA SOLA VOLTA NELLA CATEGORIA CON LE GARANZIE PIU' ELEVATE

Allegato 2) alla Scheda di Polizza

GARANZIE ASSICURATE , SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE

CAT.	ASSICURATI	Garanzia	Somma Assicurata	Franchigia
A	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente • Vicepresidente, • Segretario • Tesoriere • Presidente Commissione Odontoiatri componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Morte da Infortunio	€ 200.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 200.000,00	nessuna
B	<ul style="list-style-type: none"> • Consiglieri, • Componenti della Commissione Medici Chirurghi e della Commissione Odontoiatri • Revisori dei conti, componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Morte da Infortunio	€ 200.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 200.000,00	nessuna
C	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente • Vicepresidente • Segretario • Tesoriere Membri del Comitato Centrale della <ul style="list-style-type: none"> • Presidente della Commissione Odontoiatri 	Morte da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Spese mediche da infortunio	€ 15.000,00	nessuna
		Diaria per ricovero da infortunio (360 gg)	€ 200,00	nessuna

Segue Allegato 2) alla Scheda di Polizza

D	<ul style="list-style-type: none"> Altri Membri del Comitato Centrale Altri Membri della Commissione Medici Chirurghi Altri Membri della Commissione Odontoiatri Revisori dei Conti Componenti gli Organi istituzionali della FNOMCeO 	Morte da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Spese mediche da infortunio	€ 15.000,00	nessuna
		Diaria per ricovero da infortunio (360gg.)	€ 200,00	nessuna
E	<ul style="list-style-type: none"> Partecipanti a riunioni/eventi convocati dalla FNOMCeO, diversi dai soggetti elencati nei punti C e D 	Morte da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00	nessuna
		Spese mediche da infortunio	€ 15.000,00	nessuna
		Diaria per ricovero da infortunio (360 gg)	€ 200,00	nessuna
F	<ul style="list-style-type: none"> Tutti i Dipendenti della FNOMCeO e Giornalisti fuori ruolo 	Morte da Infortunio	€ 200.000,00	nessuna
		Invalidità Permanente da infortunio	€ 200.000,00	nessuna

SOMMARIO

DEFINIZIONI.....	7
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
Art. 1 Rischio assicurato.....	8
Art. 2 Rischi esclusi dall'assicurazione	10
Art. 3 Rischio volo.....	11
Art. 4 Rischio Guerra.....	11
Art. 5 Persone non assicurabili	12
Art. 6 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari	12
Art. 7 Evento con pluralità di infortuni	12
Art. 8 Validità territoriale	12
Art. 9 Criteri di indennizzabilità	13
PRESTAZIONI.....	14
Art. 10 Morte.....	14
Art. 11 Morte presunta.....	14
Art. 12 Invalidità permanente.....	14
Art. 13 Indennizzi speciali per invalidità permanente da infortunio - Supervalutazione IP.....	16
Art. 14 Diaria da inabilità temporanea da infortunio.....	16
Art. 15 Franchigia assoluta in caso di inabilità temporanea da infortunio	16
Art. 16 Diaria per ricovero o gessatura a seguito di infortunio	17
Art. 17 Franchigia assoluta in caso di diaria per ricovero o gessatura.....	18
Art. 18 Rimborso spese di cura a seguito di infortunio	18
Art. 19 Franchigia rimborso spese di cura a seguito di infortunio	19
SINISTRI – DIRITTI DOVERI DELLE PARTI	20
Art. 20 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato	20
Art. 21 Rinuncia al diritto di surrogazione	20
Art. 22 Modalità di valutazione del danno – arbitrato irrituale	20
ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI.....	22
Art. 23 Assicurazioni per conto altrui	22
Art. 24 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	22
Art. 25 Pagamento del premio.....	22
Art. 26 Aggravamento del rischio.....	22
Art. 27 Diminuzione del rischio	23
Art. 28 Proroga dell'assicurazione	23
DISPOSIZIONI VARIE	24
Art. 29 Modifiche dell'assicurazione	24
Art. 30 Liquidazione.....	24
Art. 31 Rinvio alle norme di legge.....	24
Art. 32 Foro competente - clausola arbitrale.....	24
Art. 33 Determinazione del premio – Incasso degli acconti e regolazione del premio.....	25
Art. 34 Esonero denuncia di infermità.....	25
Art. 35 Esonero denuncia altre assicurazioni.....	25
Art. 36 Condizioni Particolari	26

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione
BENEFICIARIO:	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato
CONTRAENTE:	il soggetto che stipula l'assicurazione
INABILITA' TEMPORANEA:	temporanea incapacità fisica dell'Assicurato, a seguito di infortunio, ad attendere all'attività dichiarata in polizza
INDENNIZZO:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
INFORTUNIO:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea
INVALIDITA' PERMANENTE:	perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di infortunio, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro
SOCIETA':
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 Rischio assicurato

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività di seguito definite e secondo la Categoria e la tipologia di rischio indicate nella Allegato 1) alla Scheda di Polizza del presente contratto.

- **Categoria A)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Rischio della Carica

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati dal proprio Ordine.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi durante trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali, registrazioni, relazioni o lettere d'incarico, documenti che il Contraente si obbliga ad esibire a semplice richiesta da parte della Società. La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge la riunione del Consiglio e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

- **Categoria B)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Rischio della Carica

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati dal proprio Ordine.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi durante trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali, registrazioni, relazioni o lettere d'incarico, documenti che il Contraente si obbliga ad esibire a semplice richiesta da parte della Società. La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge la riunione del Consiglio e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

- **Categoria C)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Rischio della Carica

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento di ogni incarico conferito inerente al mandato ricoperto. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi durante trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali, registrazioni, relazioni o lettere d'incarico, documenti che il Contraente si obbliga ad esibire a semplice richiesta da parte della Società.

La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge la riunione e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

- **Categoria D)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Rischio della Carica

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento di ogni incarico conferito inerente al mandato ricoperto. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi durante trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali, registrazioni, relazioni o lettere d'incarico, documenti che il Contraente si obbliga ad esibire a semplice richiesta da parte della Società.

La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge la riunione e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

- **Categoria E)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Partecipanti a riunioni FNOMCeO

La garanzia è operante, solo per tutti coloro che, convocati dalla Contraente, parteciperanno a qualsiasi titolo alle riunioni/eventi convocate dalla FNOMCeO o in riunioni convocate da altri in rappresentanza della FNOMCeO presso qualsiasi sede in Italia o all'estero.

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento di ogni incarico conferito inerente al mandato ricoperto

La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo alla sede ove si svolge la riunione e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

Il premio per gli assicurati di cat. E viene calcolato sulla base delle giornate/uomo di partecipazione alle riunioni/eventi convocate dalla FNOMCeO, previste in 1.300 giornate/uomo su base annuale, anticipate e salvo regolazione a fine periodo assicurativo. Entro 60 giorni dalla fine del periodo assicurativo la FNOMCeO sarà tenuta a comunicare il dato consuntivo di tutti coloro che rientrano nella categoria E, basato sui registri tenuti dalla stessa. Gli Assicuratori avranno accesso ai registri in caso di sinistro.

Si precisa che i soggetti di cui alle categorie C e D saranno conteggiati nella presente Categoria E in tutte le occasioni in cui non siano convocati in occasioni istituzionale e in relazione alla carica ricoperta.

- **Categoria F)** come definita negli allegati 1) e 2) alla Scheda di Polizza

Rischio Professionale e rischio in itinere

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento della propria attività professionale.

La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge la riunione e viceversa, nel

tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

E' considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e/o interna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- c) gli infortuni causati da morsi di animali;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento e/o il congelamento;
- f) colpi di sole e/o di calore;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
- i) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- j) le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari;
- k) le punture di insetti (escluso malaria);
- l) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- m) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche resi necessari da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto.

Art. 2 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'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;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 3 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni salvo quanto specificato al successivo art. 4.

- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

nonché quelli causati dalla pratica dei seguenti sport:

- j) alpinismo con scalata di rocce e/o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, hockey a rotelle, hockey sul ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, guidoslitta, motociclismo, motonautica, paracadutismo, pugilato, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport subacquei, a qualunque titolo praticati.

Art. 3 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare l'importo di € 30.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 4 Rischio Guerra

Con riferimento a tutti gli assicurati ai sensi della presente Polizza, l'Assicurazione si applica agli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di atti di guerra al di fuori del territorio della Repubblica Italiana,

dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino o del paese di residenza principale dell'Assicurato. Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni, le invasioni.

Art. 5 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 6 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 7 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate a terra, fatta quindi eccezione per quanto già precisato all'art. 3 Rischio Volo, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 50.000.000.

Art. 8 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 9**Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio. Non sarà pertanto indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche preesistenti.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 12 – Invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

PRESTAZIONI

Art. 10 Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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 di 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 la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 11 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini 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 morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, 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. 12 Invalidità permanente

A. Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

B. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza.

- C. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla precedente lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- Nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica e/o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella di cui alla precedente lettera B), le percentuali previste sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro verranno per il lato sinistro e viceversa;
 - Nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alle singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori espressi nella tabella di cui alla precedente lettera B), ed ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione di capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
 - Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- D. La perdita anatomica e funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità permanente calcolata sulla base dei valori espressi nella tabella di cui alla precedente lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

**Art. 13 Indennizzi speciali per invalidità permanente da infortunio -
Supervalutazione IP**

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio, che producono come conseguenza una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% la società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

Art. 14 Diaria da inabilità temporanea da infortunio

Se un infortunio causa l'inabilità totale dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, la Società pagherà il compenso giornaliero stabilito nella presente polizza:

- totalmente per tutto il tempo che l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua attività abituale;
- in misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

Il compenso giornaliero per l'inabilità temporanea sarà pagato per un massimo di giorni così come stabilito nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia.

Il compenso giornaliero sarà pagato dopo che siano trascorsi i giorni di franchigia indicati nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza dalla data dell'evento che ha causato l'inabilità, purché il sinistro sia risarcibile sulla base di quanto descritto nella presente polizza.

Il pagamento della diaria giornaliera cesserà immediatamente alla più vicina all'infortunio delle seguenti date:

- dalla data in cui il trattamento per l'infortunio è considerato completato come certificato dal documento medico emesso dal medico curante;
- dalla data in cui l'assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;
- dalla data in cui il grado di invalidità permanente dell'Assicurato può essere stabilito con precisione,
- dalla data della morte dell'Assicurato.

Art. 15 Franchigia assoluta in caso di inabilità temporanea da infortunio

Si applicano le franchigie previste per la categoria di riferimento nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza.

Art. 16

Diaria per ricovero o gessatura a seguito di infortunio

In caso di ricovero in Ospedale o Istituto di Cura a seguito di evento qualificabile come infortunio a termini della presente polizza, la Società paga all'Assicurato la somma giornaliera assicurata sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di 360 giorni.

La Società effettuerà il pagamento per gli infortuni indennizzabili s termini di polizza dietro presentazione di un certificato medico, rilasciato dall'ospedale o istituto di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.

In caso di ricovero di lunga durata tale certificato deve essere inviato mensilmente all'impresa e l'Assicurato potrà richiedere alla stessa il pagamento dell'indennità su base mensile; tale pagamento sarà effettuato dall'impresa alla fine del mese successivo sulla base delle risultanze in suo possesso.

Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro indennizzo di cui eventualmente fruisca l'Assicurato.

Ai fini della presente garanzia, inoltre, la Società corrisponde la diaria garantita anche nel caso in cui l'Assicurato risulti portatore di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante inamovibile, applicato e rimosso presso Strutture Ospedaliere. Tale diaria viene garantita dal giorno:

Delle dimissioni dall'istituto di cura, nel caso in cui l'infortunio abbia comportato ricovero;
Dall'applicazione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, nel caso in cui l'infortunio non abbia comportato ricovero.

Tale diaria viene corrisposta fino al giorno della rimozione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, per un periodo massimo di 30 giorni, dietro presentazione di certificato medico rilasciato dall'istituto di cura o ambulatorio presso cui il quale è stata applicata la gessatura o lo strumento immobilizzante, nonché previa presentazione di certificato rilasciato al momento della rimozione della stessa gessatura o strumento immobilizzante.

Ai fini del pagamento della diaria il giorno di applicazione e quello della rimozione sono considerati come un giorno unico.

In ogni caso l'indennizzo non verrà corrisposto nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce, Valve, Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili.

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella da ingessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero e terminerà in ogni caso entro il trentesimo giorno dalla data del sinistro.

Art. 17 Franchigia assoluta in caso di diaria per ricovero o gessatura

Si applicano le franchigie previste per la categoria di riferimento nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza.

Art. 18 Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Fermo quanto disposto al successivo art. 19, entro il limite della somma assicurata a questo titolo ed indicata nell'allegato 2) alla Scheda di polizza per la Categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia, la Società rimborsa all'Assicurato ed ai suoi familiari diretti, se coinvolti contestualmente dal medesimo evento che ha determinato l'infortunio, il costo delle cure mediche sostenute da ciascuno fino alla concorrenza di della somma indicata nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza per la Categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia.

Per cure mediche si intendono in regime di ricovero:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 19 Franchigia rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Si applicano le franchigie previste per la categoria di riferimento nell'allegato 2) alla Scheda di Polizza.

SINISTRI – DIRITTI DOVERI DELLE PARTI

Art. 20 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 21 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 22 Modalità di valutazione del danno – arbitrato irrituale

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle

Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei 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 dei 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 23 Assicurazioni per conto altrui

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

Art. 24 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze del Contraente e/o 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

L'Assicuratore dichiara, altresì, di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni della Contraente e/o dell'Assicurato.

Art. 25 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio e/o la prima rata di premio è stata pagata; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi e/o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo 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.

Art. 26 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/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. 27 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, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 28 Proroga dell'assicurazione

Il presente contratto termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza senza obbligo di disdetta pertanto non si rinnova tacitamente.

Qualora si rendesse necessaria una proroga temporanea della presente polizza, la Società si impegna per un periodo di 180 gg dalla scadenza, a rilasciare la proroga richiesta dal Contraente dietro pagamento del relativo premio conteggiato pro rata temporis .

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 29 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 30 Liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo spettante all'Assicurato e/o ai suoi aventi diritto viene effettuato in un'unica soluzione entro 30 (trenta) giorni da quello in cui la determinazione sarà resa possibile in base ai documenti presentati dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o i suoi aventi diritto e/o dagli accertamenti medici che si fossero resi necessari a ragionevole giudizio dell'Assicuratore, e comunque entro e non oltre 30 giorni dalla data di perfezionamento della quietanza di indennizzo.

Art. 31 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 32 Foro competente - clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le Parti, inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento di questo contratto, saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale. Per le controversie non compromettibili ad arbitri è competente esclusivamente il Foro del luogo dove il Contraente elegge il proprio domicilio.

Il Collegio Arbitrale è composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle Parti in contesa ed il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle Parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della Parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni 20 dalla richiesta fattale dall'altra Parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto. La sede del Collegio Arbitrale sarà Roma.

Art. 33 Determinazione del premio – Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nell'allegato 1) alla Scheda di Polizza;
- l'importo complessivo (numero assicurati x premio lordo unitario = premio lordo complessivo) deve considerarsi quale premio unico anticipato in via provvisoria benché frazionato in due rate;

si conviene che:

- in sede di regolazione premio, il conguaglio dei premi, detratto il premio anticipato, verrà effettuato a consuntivo sulla base del numero effettivo degli assicurati, nell'ultimo giorno di ciascun mese solare per il quale l'assicurazione è stata attiva, sulla base della comunicazione resa dal Contraente entro 60 gg. dalla scadenza del presente contratto.
- Per gli assicurati di categoria "E" si procederà con la regolazione sulla base delle indicazioni contenute nell'art.1 "Rischio Assicurato"

Il Contraente provvederà al versamento dei premi assicurativi eventualmente risultanti dal conguaglio a favore della Società dietro presentazione di relativa appendice di regolazione.

Fanno fede per il calcolo delle regolazioni premio, gli elenchi nominativi trasmessi, le scritture contabili, i registri, i bilanci ed altri documenti probanti tenuti dal Contraente che dichiara di mettere a disposizione della Società per eventuali controlli.

Art. 34 Esonero denuncia di infermità

Il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'Art. 9 - Criteri di indennizzabilità.

Art. 35 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre polizze stipulate con altre Compagnie di Assicurazione per i medesimi rischi e

sono esonerati dal darne avviso agli altri Assicuratori in deroga all'art. 1910 del Codice Civile. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, indennità da ricovero e/o indennità da gesso e/o inabilità temporanea, ad eccezion fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 36 Condizioni Particolari

A. Beneficio speciale in caso di morte dell'Assicurato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, si intende aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

B. Indennità privilegiata per grave invalidità permanente

Nel caso in cui l'invalidità permanente, accertata secondo i criteri di cui all'art. 12 della presente polizza, sia di grado superiore al 50%, l'indennità per invalidità permanente viene liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

C. Anticipo indennizzo

Qualora, trascorsi 3 mesi dall'avvenuta guarigione stabilita da certificato medico, sia prevedibile che all'assicurato residui un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 25%, - entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta - verrà corrisposto all'infortunato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

D. Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 14/01/38 XVI e successive modifiche e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di €500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Morte e € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nel Certificato di Assicurazione - Allegato 1 della presente Polizza, in conformità a quanto previsto dall'articolo 5.10.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

La Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

E. Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà fino a € 25.000,00 i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

F. Rimpatrio salma e spese funerarie

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio risarcibile a termini della presente polizza, la Società, fino alla concorrenza di Euro 7.500,00 rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia, nonché le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione.

G. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 7.500,00.

H. Commorienza

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni — se conviventi ed 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, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente Condizione Aggiuntiva 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 di morte.

I. Clausola Dirigenti

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di Dirigente:

a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercitata dalla Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto. A tale riguardo la Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;

c) qualora in conseguenza di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

J. Critical Illness

A - Oggetto dell'assicurazione

Unicamente nei confronti degli appartenenti alla categoria DIRIGENTI l'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito elencate nelle modalità successivamente previste.

La Società liquiderà un importo forfettario pari a €5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di una affezione critica.

L'indennizzo è erogabile una (1) sola volta durante la vigenza della polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.

Sono garantite con il presente contratto le seguenti affezioni critiche:

1. Tumori principali - come da definizione di cui alla lettera F;
2. Attacco cardiaco — come da definizione come da definizione di cui alla lettera F;
3. Ictus — come da definizione come da definizione di cui alla lettera F.

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di novanta (90) giorni dalla di effetto della Polizza e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno quindici (15) giorni dalla data della diagnosi.

B - Esclusioni

La presente assicurazione non si applica a un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi condizione preesistente;
- dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefanti e allucinogeni.

C - Limiti di età

La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

D - Termini e modalità di denuncia sinistro

La comunicazione scritta di richiesta di risarcimento deve essere inviata alla Società entro sessanta (60) giorni dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata di cui la presente Polizza fornisca la definizione.

La prova dell'insorgenza di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere sostenuta dalla compresenza dei seguenti elementi:

(a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione;

(b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.

I termini medici utilizzati nella presente polizza, salvo quanto diversamente specificato, hanno i significati tecnici ad essi comunemente attribuiti ed utilizzati dai medici specialisti nella pertinente branca medica.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita della persona assicurata ed entro i sei (6) mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

E - Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni

Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.

F — Definizioni

- Per "diagnosi" si intende la diagnosi conclusiva effettuata da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione di polizza riferita alla specifica affezione in questione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio ritenute accettabili dalla Società. Tale diagnosi deve essere sostenuta medico incaricato dalla Società, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dalla persona assicurata e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere.
In caso di divergenza o disaccordo riguardo all'adeguatezza o alla correttezza della diagnosi le parti avranno la possibilità di far ricorso a quanto previsto dall'articolo 5.9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- Per "condizione preesistente" si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona normalmente cauta a richiedere una diagnosi, un'assistenza o un trattamento.
- Per "medico specialista abilitato" si intende qualsiasi persona abilitata ad esercitare la professione medica in Italia con una specializzazione riguardante l'affezione critica oggetto di garanzia.
- Per "periodo di carenza" si intende il periodo per il quale la Società non è tenuta a corrispondere alcuno degli indennizzi previsti dalla presente polizza per qualsiasi malattia o patologia laddove la diagnosi sia posta entro i novanta (90) giorni successivi alla data di effetto della polizza o laddove i segni o sintomi della condizione in relazione alla quale viene avanzata una richiesta di risarcimento siano iniziati entro i novanta (90) giorni successivi alla data di effetto della polizza.
- Per "carcinoma femminile" si intende un tumore maligno primario invasivo istologicamente confermato a carico del seno, della cervice uterina, dell'utero, della tuba di Falloppio, dell'ovaio o della vagina/vulva.
- Per "carcinoma femminile in situ " si intende una nuova crescita autonoma localizzata di cellule carcinomatose che non abbia ancora determinato l'invasione dei tessuti normali. Per 'invasione' si intende l'infiltrazione e/o la distruzione attiva del tessuto o del tessuto adiacente. La patologia del carcinoma femminile in situ per la quale la presente polizza offre una copertura è limitata **ESCLUSIVAMENTE** a seno, cervice uterina, utero, ovaio, tuba di Falloppio e vagina/vulva. La diagnosi di carcinoma femminile in situ deve sempre essere posta in maniera certa sulla base di un esame microscopico di tessuto fissato, mentre nel caso della cervice uterina deve essere ulteriormente sostenuta da una biopsia anulare. L'esito del Pap Test è considerato una diagnosi preliminare e deve essere confermato da un risultato bioptico affinché la richiesta di risarcimento possa essere

presa in considerazione. La diagnosi clinica non soddisfa il suddetto requisito.

- Per "tumore principale" si intende un tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dalla diffusione incontrollate di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Tale diagnosi deve essere sostenuta da evidenze istologiche di malignità e confermata da un oncologo o patologo.

Sono esclusi:

- tumori che mostrino le alterazioni maligne del carcinoma in situ e tumori istologicamente descritti come premaligni o non invasivi, inclusi a titolo esemplificativo e non limitativo: carcinoma mammario in situ, displasia cervicale CIN-1, CIN-2 e CIN-3;

- ipercheratosi, carcinoma basocellulare e spinocellulare, melanomi e altri tumori della pelle;

- tumori della prostata, microcarcinoma papillare TINOMO della tiroide, microcarcinoma papillare della vescica e leucemia linfocitica cronica;

- ogni tipo di tumore in presenza di infezione da HIV.

- carcinoma femminile e carcinoma femminile in situ.

- Per "attacco cardiaco" si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco derivante da inadeguato afflusso di sangue al distretto pertinente comprovata da adeguata documentazione medica.

- Per "ictus" si intende un episodio cerebrovascolare, ovvero infarto del tessuto cerebrale, emorragia cerebrale e subaracnoidea, embolia cerebrale e trombosi cerebrale comprovato da adeguata documentazione medica.

Sono esclusi:

- gli attacchi ischemici transitori;

- danno cerebrale dovuto a infortunio o lesione, infezione, vasculite e patologia infiammatoria;

- patologia vascolare dell'occhio o del nervo ottico;

- disturbi ischemici dell'apparato vestibolare.