



INFORTUNI

Condizioni di assicurazione



Vittoria
Assicurazioni

Sommario

DEFINIZIONI.....	3
DESCRIZIONE ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	6
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.	6
Art. 2 Altre assicurazioni.....	6
Art. 3 Pagamento del premio.	6
Art. 4 Tracciabilità dei pagamenti.....	6
Art. 5 Forma delle comunicazioni del Contraente.....	6
Art. 6 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte.....	6
Art. 7 Variazione del rischio.	6
Art. 8 Modifiche dell'assicurazione.	6
Art. 9 Aggravamento del rischio.	7
Art. 10 Diminuzione del rischio.	7
Art. 11 Dichiarazioni inesatte del Contraente in assenza di dolo o colpa grave.	7
Art. 12 Obblighi in caso di sinistro	7
Art. 13 Durata del contratto / Proroga della garanzia.	7
Art. 14 Oneri fiscali.	7
Art. 15 Foro competente.....	7
Art. 16 Rinvio alle norme di legge.	7
Art. 17 Recesso in caso di sinistro.	7
Art. 18 Regolazione del premio.	7
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	8
Art. 19 Rischi esclusi.....	8
Art. 20 Esclusione Pandemia.....	9
Art. 21 Limiti d'età.	9
Art. 22 Persone non assicurabili.	9
Art. 23 Estensioni territoriali.	9
Art. 24 Criteri di indennizzabilità.....	9
Art. 25 Morte.....	10
Art. 26 Invalidità permanente.	10
Art. 27 Franchigia per Invalidità Permanente.	10
Art. 28 Modalità di valutazione del danno – Controversie.....	10
Art. 29 Rimborso Spese Sanitarie.	10
Art. 30 Assicurazione per conto altrui.	11
Art. 31 Diritto di surrogazione.	11
Art. 32 Monitoraggio sinistri.....	11
Art. 33 Coassicurazione o raggruppamenti temporaneo di Società.....	11
Art. 34 Clausola Broker	11
Art. 35 Mediazione per la conciliazione delle controversie.....	12
CONDIZIONI PARTICOLARI.....	13

Art. 36	Estensioni di garanzia.....	13
Art. 37	Eventi Socio – Politici.	13
Art. 38	Atti di Terrorismo.	13
Art. 39	Calamità naturali.	13
Art. 40	Ernie Traumatiche e da sforzo – Ernie addominali.....	13
Art. 41	Morte presunta.	14
Art. 42	Diabete.....	14
Art. 43	Ubbriachezza.....	14
Art. 44	Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici.....	14
Art. 45	Esonero denuncia generalità degli assicurati.	14
Art. 46	Beneficiario	14
GARANZIE ULTERIORI.....		15
Art. 47	Rischio volo.	15
Art. 48	Rimpatrio salma.....	15
Art. 49	Rientro sanitario.....	15
Art. 50	Malattie Tropicali.	15
Art. 51	Limite per evento catastrofe.	15

DEFINIZIONI

Ai sottoelencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Consumatore

È inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza

Il periodo tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

Gessatura

L'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici esterni di materiale vario purché immobilizzanti ed inamovibili, la necessità dei quali venga stabilita da Medici-Chirurghi.

A maggior precisazione, si elencano i tutori che sono equiparati a gessatura e quelli che non lo sono:

Tutori equiparati a gessatura

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast) in materiale acrilico
- Bendaggi amidati
- Docce / valve gessate
- Collari con mentoniera (tipo Zimmer)
- Bendaggi Desault e Gilchrist
- Minerve (anche in cuoio)
- Stecche di Zimmer
- Apparecchi di trazione cranica (tipo Halo) e trazione / immobilizzazione dita (tipo Iselin)

Tutori NON equiparati a gessatura

- Bendaggi elastici autoadesivi (Tensoplast)
- Bendaggi, busti, corsetti cosiddetti semirigidi
- Collari di Schantz, Camp
- Apparecchi toraco-brachiali non gessati ed amovibili
- Infibuli endomidollari (Kuntscher, Rus)
- Ortesi in genere (apparecchi di posizione)
- Ginocchiere Donjoy

Impresa

Vittoria Assicurazioni S.p.A ed eventuali Coassicuratrici.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente, una inabilità temporanea, un ricovero in istituto di cura, una gessatura, una convalescenza.

Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo e di soggiorno.

Retribuzione

Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costituiti vi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, che risulti registrato nei libri amministrativi

tenuti a norma di Legge dal Contraente. Si intende escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Ricovero

La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

DESCRIZIONE ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia deve essere prestata per gli infortuni subiti dalle persone incaricate a svolgere le seguenti funzioni o attività:

- a) Amministratori
- b) Infortuni Conducenti
- c) Dipendenti in missione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, 1894 C.C.)

Art. 2 Altre assicurazioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, comprese per i beni assicurati anche eventuali polizze stipulate da terzi.

Art. 3 Pagamento del premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice, su indicazione della medesima, direttamente o per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I medesimi termini si applicano al pagamento di proroghe e/o rinnovi.

Qualora, a seguito delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso la società AGENZIA DELLE ENTRATE - RISCOSSIONE, ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere il rischio di cui trattasi in copertura, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta società AGENZIA DELLE ENTRATE - RISCOSSIONE.

Art. 4 Tracciabilità dei pagamenti.

In ottemperanza all'articolo 3 della L. 136/2010 e ss.mm.ii, la stazione appaltante, la Società e l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della Società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

Se la Società, o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia di in cui ha sede il Contraente della presente polizza

Art. 5 Forma delle comunicazioni del Contraente.

Tutte le comunicazioni, esclusa quella prevista all'art. 9, devono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma o telefax o altro mezzo tecnologico idoneo, atto a comprovare la data ed il contenuto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione della Società.

Art. 6 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte.

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 7 Variazione del rischio.

1. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore.
3. L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 8 Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 9 Aggravamento del rischio.

Il Contraente 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 (art. 1898 C.C.).

Art. 10 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 (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 11 Dichiarazioni inesatte del Contraente in assenza di dolo o colpa grave.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 14 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 14 bis (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 14 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 12 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 10 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata dal certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 13 Durata del contratto / Proroga della garanzia.

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo.

- È facoltà del Contraente, prima del termine di scadenza della polizza, richiedere alla Società una proroga tecnica (temporanea) della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di gara per l'acquisizione della nuova copertura assicurativa. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.
- In caso di contratto di durata poliennale è data facoltà alle parti, ai sensi delle vigenti disposizioni, di disdire la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa mediante lettera raccomandata o PEC da inviare alla controparte con almeno 60 gg. di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

Art. 14 Oneri fiscali.

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

Art. 15 Foro competente.

Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le Parti eleggono come foro competente quello del luogo dove ha sede il Contraente.

Art. 16 Rinvio alle norme di legge.

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge interne e comunitarie.

Art. 17 Recesso in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dello stesso, la Società e/o il Contraente/Assicurato possono recedere dall'assicurazione, con comunicazione, spedita con preavviso di 60 giorni. In tal caso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio pagato relativa al periodo di rischio in corso, al netto delle imposte e delle spese amministrative per l'emissione del contratto.

Art. 18 Regolazione del premio.

Se il premio è convenuto, in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata della polizza, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata della polizza, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa i dati necessari e cioè, a seconda del caso, l'indicazione:

- dell'ammontare delle retribuzioni erogate per ciascuna categoria di personale assicurato;
- degli altri elementi variabili (n° assicurati, n° giornate assicurate, n° di presenze lavorative ecc. ecc.) previsti in polizza per il conteggio del premio.

Se il Contraente non effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, l'Impresa risarcisce i danni relativi ai sinistri, non ancora indennizzati, accaduti nell'annualità soggetta alla regolazione del premio, detraendo per ogni sinistro le seguenti franchigie assolute:

- Euro 5.000 nei 30 giorni successivi alla scadenza del termine sopra indicato per la comunicazione dei dati;
- Euro 10.000 decorso il 30° giorno come previsto dal punto che precede.

Non è operativa la disposizione del presente articolo sull'applicazione della franchigia nel caso di comunicazione tardiva dei dati, a condizione che la stessa sia corredata della documentazione probatoria necessaria e che da tale documentazione non emergano differenze attive a favore dell'Impresa.

Se il Contraente effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, potranno verificarsi le seguenti ipotesi:

- qualora, in base agli elementi comunicati, risultasse un credito a favore del Contraente, l'Impresa restituirà l'importo dovuto al netto delle imposte versate;
- nel caso in cui, invece, risultasse un credito a favore dell'Impresa, il Contraente è tenuto al pagamento della somma dovuta, comprensiva delle imposte;
-

In ogni caso, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi a quello della richiesta.

Qualora il Contraente non effettui il pagamento della somma dovuta a titolo di regolazione del premio, l'Impresa, trascorso tale termine ed a condizione che il Contraente abbia pagato il premio minimo stabilito per l'annualità in corso, liquiderà i danni sui sinistri accaduti nella nuova annualità assicurativa in misura proporzionale al rapporto tra:

- il premio minimo anticipato in via provvisoria

e

- la somma del premio anticipato in via provvisoria e l'importo risultante a credito dell'Impresa per effetto della regolazione del premio.

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio minimo anticipato, tale premio viene rettificato dall'Impresa a partire dalla prima scadenza annuale successiva a quella di detta regolazione e fino ad un importo pari al 75% dell'ultimo premio consuntivo.

La somma dovuta all'Impresa a titolo di premio minimo, per ciascun anno o periodo minore, in nessun caso potrà essere inferiore all'importo indicato sul simple di polizza mod. PA.025.342.

Il mancato pagamento del premio minimo stabilito comporta la sospensione della garanzia assicurativa ai sensi dell'art. 1901 C.C..

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati che costituiscono base di conteggio del premio ed il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 19 Rischi esclusi.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai (salvo, in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero, parapendio ed altri simili), equitazione durante gare e relative prove, sci e snow board fuori pista, sci acrobatico, sci estremo, sci - alpinismo, snow-board acrobatico ed estremo, kitesurf, snow-kite, bob, hockey, rugby, football americano, bungee jumping, down hill, rafting, discesa di rapide, skeleton, slittino, torrentismo, canyoning, hydrospeed, canoa e kajak che comporti discesa di rapide parasailing, parkour;
- dalla partecipazione a gare e corse, nonché alle relative prove e allenamenti, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere esclusivamente ricreativo;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- dagli avvelenamenti, nonché le INFEZIONI che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di INFORTUNIO.
- azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente;

Art. 20 Esclusione Pandemia.

La presente polizza non copre alcun sinistro direttamente o indirettamente derivante da, contribuito o risultante da pandemie o epidemie. Ai fini del presente articolo, per pandemia ed epidemia si intende qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dal Governo italiano. L'esclusione è valida a partire dal momento in cui tale dichiarazione viene effettuata. Se la compagnia sostiene che in ragione di questa esclusione un qualsiasi sinistro non debba essere coperto dal presente accordo, l'onere della prova contraria sarà a carico della Contraente /Assicurato. Nel caso in cui una qualsiasi parte di questa clausola sia ritenuta non valida o inapplicabile, la parte rimanente rimarrà pienamente valida ed efficace.

Art. 21 Limiti d'età.

L'assicurazione è valida per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono i 75 anni di età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Art. 22 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 23 Estensioni territoriali.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 24 Criteri di indennizzabilità.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana e integra.

In caso di perdita economica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art.24 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 25 Morte.

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente, ma se entro 3 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari, hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 26 Invalidità permanente.

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista per legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 27 Franchigia per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- 1) 5% sulla somma eccedente euro 200.000 e fino ad euro 300.000.
- 2) 10% sulla somma eccedente euro 300.000.

Pertanto, sulla somma assicurata:

- eccedente euro 200.000 e fino a euro 300.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%;
- eccedente euro 300.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%;

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 28 Modalità di valutazione del danno – Controversie.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 29 Rimborso Spese Sanitarie.

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino ad euro 2.500,00, le spese effettivamente sostenute:

1. in caso di ricovero o intervento chirurgico in day hospital, durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento compreso le endoprotesi, trattamenti riabilitativi, rette di degenza. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, liquida € 80 per ogni pernottamento e per un massimo di 30 pernottamenti.
2. Relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, purché questo sia provato dal referto del Pronto Soccorso (le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili fino alla concorrenza di euro 1.100,00, mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio); per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di euro 520,00; tale importo è elevato ad euro 2.600,00 se l'emergenza richiede intervento di eliambulanza. Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80% il rimanente 20%, con il minimo di euro 75,00 per ogni infortunio, resta a carico dell'Assicurato;
3. In caso di intervento riparatore del danno estetico, per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di euro 2.600,00. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre due anni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Art. 30 Assicurazione per conto altrui.

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

Art. 31 Diritto di surrogazione.

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 C,C, verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 32 Monitoraggio sinistri.

La Società si impegna a fornire, a richiesta del Contraente/Assicurato, al fine di verificare e monitorare l'andamento di sinistrosità, aggiornata statistica sinistri, come strumento di prevenzione.

L'elenco sinistri dovrà contenere i seguenti dati:

- sinistri denunciati
- sinistri riservati
- sinistri liquidati

Tale comunicazione dovrà essere fatta ai sensi dell'art. 16 Regolamento ISVAP 35 entro venti giorni dalla richiesta del Contraente.

Art. 33 Coassicurazione o raggruppamenti temporaneo di Società.

Nel caso di coassicurazione, o il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c. e quindi tutte le imprese sottoscrittrici sono responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 34 Clausola Broker

Premesso che il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker ai sensi de D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. , si conviene tra le parti che , limitatamente al periodo di vigenza dell'accordo che regola tale gestione , tutte le comunicazioni inerenti alla Polizza verranno trasmesse dal Contraente/Assicurato alla Società e viceversa unicamente tramite il Broker.

È convenuto pertanto che:

- ogni comunicazione fatta al Broker dalla Società si considererà come fatta al Contraete/Assicurato;
- ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si considererà come fatta dal Contraente / Assicurato stesso;
- ogni comunicazione fatta dal Contraente /Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società.

Art. 35 Mediazione per la conciliazione delle controversie.

Il 20 Marzo 2010 è entrato in vigore il D.lgs. n. 28 del 04/03/2010 in materia "Mediazione finalizzata alle controversie civili e commerciali".

Tale decreto ha previsto la possibilità per la soluzione di controversie civile anche i materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un organismo di Mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia.

Nel caso in cui il contraente o l'assicurato intendano avvalersi di tale possibilità potranno far pervenire la richiesta di mediazione depositata presso uno di tali organismi.

Dal 20/03/2011 il tentativo di Mediazione è obbligatorio cioè deve essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa, per le controversie in materia di contratti di assicurazione con esclusione di quelle in materia di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti che è diventata obbligatoria soltanto dal 20/03/2012.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 36 Estensioni di garanzia.

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza (esclusa la malaria);
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

Art. 37 Eventi Socio – Politici.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o insurrezioni per il periodo massimo di 20 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'interno di un paese fino ad allora in pace.

Art. 38 Atti di Terrorismo.

A parziale deroga delle condizioni di assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione, sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'assicurato abbia partecipato in modo volontario.

E' definita atto di terrorismo una qualsiasi azione di violenza fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

Art. 39 Calamità naturali.

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

Resta però convenuto che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio dell'esercizio precedente l'evento, con il massimo di euro 1.000.000.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 40 Ernie Traumatiche e da sforzo – Ernie addominali.

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di Invalidità Permanente alle ernie addominali da sforzo e traumatiche con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 41 Morte presunta.

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art.60 n.3 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data a cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la Morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 42 Diabete.

A maggior precisazione di quanto indicato nelle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'art.26 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 43 Ubriachezza.

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art.15 delle Condizioni Generali di Assicurazione l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli avvenuti alla guida di veicoli di qualsiasi genere.

Art. 44 Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici.

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art.21 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 45 Esonero denuncia generalità degli assicurati.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze degli atti dell'amministrazione Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art. 46 Beneficiario

L'Assicurato o gli eredi con intervento in quietanza dell'Ente.

GARANZIE ULTERIORI

Art. 47 Rischio volo.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, 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 di 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 i seguenti importi:

per persona:

- euro 1.000.000 per il caso di Morte
- euro 1.000.000 per il caso di Invalidità Permanente

per aeromobile:

- euro 5.000.000 per il caso Morte
- euro 5.000.000 per il caso di Invalidità Permanente

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

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

Art. 48 Rimpatrio salma.

L'assicurazione comprende per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo della sepoltura in Italia; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di euro 2.000.

Art. 49 Rientro sanitario.

Qualora le condizioni dell'Assicurato a seguito di infortunio rendano necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza la Società provvede al riguardo col mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea di classe economica eventualmente in barella, il treno di prima classe e, occorrendo il vagone letto). Sono altresì comprese l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se necessarie. La garanzia è prestata fino alla concorrenza di euro 2.500,00.

Art. 50 Malattie Tropicali.

L'Assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni; la somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che siano stati sottoposti alle normali e prescritte pratiche di profilassi.

Art. 51 Limite per evento catastrofe.

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società, non potrà superare € 5.200.000,00 quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.