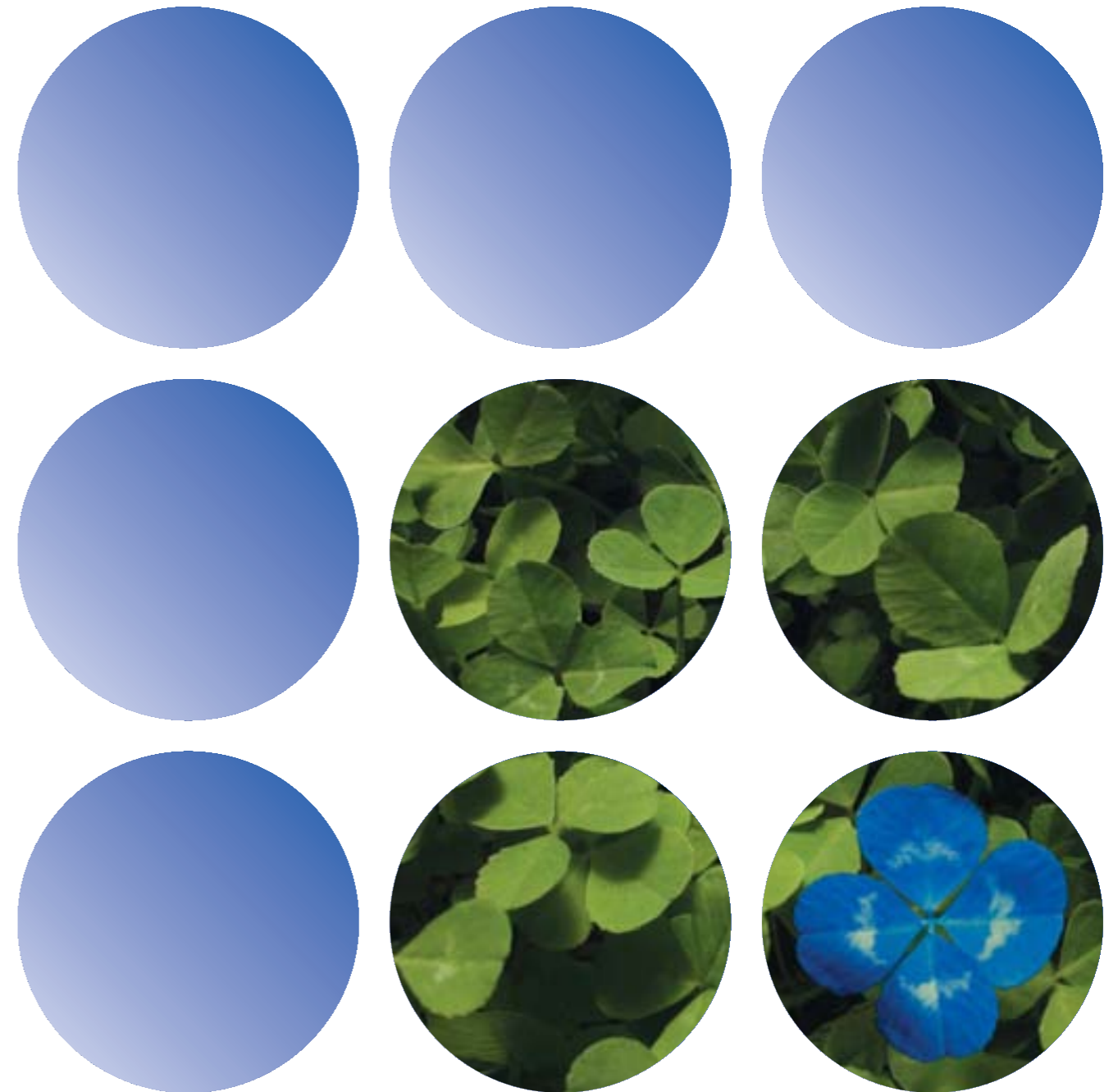


Fortuna

Condizioni di polizza



Because change happenz™



indice

Definizioni	2
Condizioni generali	4
Sezione 1 - Infortuni	6
Sezione 2 - Invalidità permanente da malattia	15
Sezione 3 - In caso di sinistro: infortuni/malattia	17
Allegato 1: tabella Inail: valutazione grado invalidità permanente	20
Allegato 2: classificazione delle attività professionali	22
Articoli del Codice Civile	27

definizioni

Ai seguenti termini le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Apparecchio di contenzione: mezzo di contenzione costituito da fasce gessate, rigide o altri apparecchi ortopedici immobilizzanti applicabili e rimovibili dal solo personale medico o paramedico presso Strutture Ospedaliere pubbliche o private.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Attività professionali: qualsiasi attività non inerente alla vita privata, sia essa a scopo di lucro o no.

Compagnia: la Società Assicuratrice ovvero Zurich Insurance Company - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e/o di altre persone.

Franchigia: l'importo prestabilito che in caso di sinistro viene detratto dall'indennizzo determinato a termini di contratto e che rimane a carico dell'Assicurato. La franchigia può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.

Frattura ossea: rottura di un osso, in genere conseguente ad una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta). Sono parificate alle fratture ossee:
- le fratture ossee incomplete

(incrinature o infrazioni);

- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le punture di insetti in genere, *tranne quelle che causino malaria e malattie tropicali (salvo quanto previsto alla voce "Altre Garanzie")* e le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini di polizza;
- l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi (*esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto alla voce "Altre Garanzie")*;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;
- quelli avvenuti in stato di malore

e/o incoscienza;

- quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- quelli derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale *ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.*

Intermediario assicurativo: la persona fisica o la società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Inabilità Temporanea: incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Invalità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta, avendo come unico riferimento la tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, *con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa.*

Malattia: ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Questionario anamnestico: documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere

compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà. Tale documento è richiamato nelle dichiarazioni del Contraente riportate sulla scheda di polizza.

Ricovero: la degenza con pernottamento in Strutture Ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto: percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico: secondo la legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modificazioni vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito

delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Territorio italiano: quello della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

condizioni generali

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Articolo 2

Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, *altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento*, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Articolo 3

Modifiche dell'assicurazione

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

Articolo 4

(solo per le polizze con durata superiore a 5 anni)

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento, la Compagnia può recedere dall'assicurazione prestata per la garanzia interessata o dall'intera polizza, con preavviso di 30 giorni. *Limitatamente al caso in cui la polizza sia stipulata da una persona fisica, tale facoltà spetta anche al Contraente.*

Articolo 5

Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, *mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza*, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è *prorogata di un anno e così successivamente.*

Articolo 6

Oneri fiscali

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

Articolo 7

Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Articolo 8

Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 9

Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

Articolo 10

Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. *In caso di sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre.* L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consentirà alla Compagnia di non corrispondere l'indennizzo. *Limitatamente al caso in cui la polizza sia stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.*

Articolo 11

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Articolo 12

Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia/Intermediario Assicurativo di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia 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, salvo quanto successivamente previsto al capitolo "In caso di sinistro: infortuni/malattia" al paragrafo "Attività diverse da quella dichiarata".

Articolo 13

Diminuzione del rischio

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

Sezione 1 - infortuni

Cosa Assicuriamo

Le conseguenze degli infortuni che abbiano causato la Morte o l'Invalidità Permanente e l'Inabilità Temporanea, *salvo quanto riportato nel capitolo "Esclusioni operanti per tutte le garanzie"*.

Garanzie

Delle garanzie di seguito riportate, sono operanti solo quelle richiamate in polizza e per le quali sia stato corrisposto il relativo premio.

Caso Morte

La Compagnia corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato non oltre il quarto grado, in parti uguali:

- se entro due anni dall'infortunio, ed in conseguenza delle lesioni subite, l'Assicurato muore;
- se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato e a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione di qualsiasi somma pagata.

L'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma di polizza.

Caso Invalidità Permanente

Se l'Invalidità Permanente si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Compagnia:

- a) accerta il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, *con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.* Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, *non oltre il quarto grado*, l'importo liquidato od offerto. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; *in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.*

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, *fino al limite massimo del 100%.*

Nei casi non specificati sopra, il grado di invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati.

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

Limitatamente a gare ed allenamenti relativi alle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni, fermo il disposto del punto 2 del capitolo "Esclusioni operanti per tutte le garanzie", l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% e senza tener conto della tabella di cui al successivo punto b).

L'indennizzo viene calcolato applicando unicamente la Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa;

- b) liquida una indennità in percentuale sulla somma assicurata, calcolata come da tabella che segue:

Tabella per il calcolo dell'indennità da liquidare sulla somma assicurata

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	1	29	29	54	78	79	137
5	2	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	8	36	42	61	92	86	158
12	9	37	44	62	94	87	161
13	10	38	46	63	96	88	164
14	11	39	48	64	98	89	167
15	12	40	50	65	100	90	170
16	13	41	52	66	102	91	173
17	14	42	54	67	104	92	176
18	15	43	56	68	106	93	179
19	16	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Caso Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquida la diaria pattuita in polizza secondo le seguenti modalità:

1) Determinazione dei giorni di franchigia

- Viene detratta una franchigia fissa ed assoluta di 9 giorni dal complessivo periodo di accertata e documentata Inabilità Temporanea;
- Unicamente in caso di ricovero ospedaliero con almeno due pernottamenti, l'indennità viene conteggiata dal primo giorno successivo a quello dell'infortunio;
- In caso di Inabilità Permanente pari o superiore al 15%, non viene calcolata alcuna franchigia.

2) Quantificazione dei giorni di Inabilità Temporanea Totale e Parziale

Si conviene che, previa detrazione della franchigia prevista, i giorni totali di accertata e documentata inabilità vengono considerati nella misura del 60% come Inabilità Temporanea Totale e nella misura del 40% come Inabilità Temporanea Parziale.

3) Modalità di liquidazione della Inabilità Temporanea Totale e Parziale

- La liquidazione avviene:
- Integralmente per ogni giorno di Inabilità Temporanea Totale in cui l'Assicurato si è

trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni;

- Al 50% per ogni giorno di Inabilità Temporanea Parziale in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte o Inabilità Permanente.

La garanzia Inabilità Temporanea non è operante per gli infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.

Spese di Cura

La Compagnia rimborsa, per ogni infortunio, le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato in conseguenza dell'infortunio stesso per: medici, chirurghi, Strutture Ospedaliere pubbliche o private, accertamenti diagnostici, fisioterapie, bagni, forni ed altre cure mediche indispensabili.

Sono escluse le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo (o minor periodo di assicurazione).

La garanzia è prestata con una franchigia a carico dell'Assicurato di 150 Euro per ogni infortunio.

Indennità Ricovero Ospedaliero

La Compagnia, in conseguenza di un infortunio, liquida:

Diaria per ricovero

La diaria pattuita in polizza per ciascun giorno in cui l'Assicurato è ricoverato, *per la durata massima di 360 giorni. Il giorno di entrata e quello di dimissione vengono convenzionalmente considerati come una sola giornata di ricovero.*

Diaria post ricovero

La diaria pattuita in polizza per ciascun giorno successivo a quello di dimissione dalla Struttura Ospedaliera pubblica o privata, per un periodo pari al doppio della durata del ricovero ma *con il massimo di 30 giorni per ogni infortunio.*

Diaria da apparecchio di contenzione

- Nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dall'Assicurato e tendente all'immobilizzazione della parte, la Compagnia liquida la diaria pattuita in polizza sino alla data di rimozione del mezzo *con il massimo di 60 giorni per sinistro.*
- Nei soli casi di frattura ossea per i quali non è necessario applicare il mezzo di contenzione inamovibile, la Compagnia liquida la diaria pattuita in polizza per ogni giorno di Inabilità Temporanea *con il massimo di 30 giorni per sinistro.*

La diaria da apparecchio di

contenzione non è cumulabile con la diaria per ricovero e post ricovero.

Resta inoltre convenuto che il riconoscimento di un'indennità di ricovero ospedaliero esclude l'applicazione delle garanzie di cui al successivo punto 7 "Degenza da Ricovero" contenute nel capitolo "Altre garanzie".

Altre garanzie (sempre operanti)

1. Morte contestuale

La Compagnia, qualora la morte di entrambi i genitori sia stata provocata dal medesimo infortunio, paga ai figli minorenni, espressamente indicati quali Beneficiari di polizza, una seconda volta la quota d'indennizzo ad essi spettante per ciascun genitore, se risulti assicurato per la copertura caso Morte con una delle Società del gruppo Zurich.

In qualsiasi caso, l'indennizzo complessivo non potrà superare la somma di 1.600.000 Euro.

2. Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

La Compagnia paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dall'Assicurato, che risultino espressamente indicati quali Beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di

rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell'Assicurato stesso. La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al punto precedente.

3. Menomazioni estetiche

Per le persone fino a 50 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Compagnia rimborsa le spese *documentate* e sostenute per l'intervento chirurgico riparatore, *fino ad un massimo di 7.500 Euro*.

4. Ernie traumatiche

A parziale deroga del capitolo "Esclusioni", la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di Inabilità Temporanea, ove prevista, *fino a un massimo di 100 giorni*;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, *non risulti operabile secondo parere medico*, verrà riconosciuto solamente il grado di Invalidità Permanente accertato, *con il limite massimo del 10% dell'Invalidità Permanente totale*;
- in caso di contestazioni circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura

prevista alla voce "Controversie -Arbitrato irrituale" del capitolo "in caso di sinistro: infortuni/malattie".

5. Rotture Tendinee sottocutanee

A parziale deroga del capitolo "Esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
 - tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - tendine dell'estensore del pollice;
 - tendine del quadricipite femorale;
 - cuffia dei rotatori;
- la Compagnia liquida un grado di invalidità pari al 4% con il massimo di 6.000 Euro, senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.*

6. Ulteriori rimborsi

In caso di infortunio liquidabile a termini di polizza la Compagnia riconosce un ulteriore rimborso, *sino ad un massimo di 2.500 Euro per evento e per Assicurato, per le spese documentate e sostenute, relativamente a:*

- **trasporto** dal luogo dell'infortunio alla Struttura Ospedaliera pubblica o privata, per il pronto soccorso;
- **rimpatrio** se l'infortunio è avvenuto all'estero;
- **azioni di salvataggio o di ricerca** dell'Assicurato stesso;
- **trasporto della salma** a seguito di decesso avvenuto

al di fuori del comune di residenza.

7. Degenza da Ricovero

Qualora il Contraente non abbia sottoscritto la Garanzia Inabilità Temporanea e/o Indennità Ricovero Ospedaliero e, in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato venisse ricoverato in una Struttura Ospedaliera pubblica o privata, la Compagnia liquida una diaria per ogni giorno di degenza pari a 1/1.000 della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente con il massimo di 75 Euro a partire dal terzo giorno successivo a quello del ricovero e per la durata massima di 365 giorni. L'indennità di cui sopra viene corrisposta dietro presentazione di copia della cartella clinica, completa di dichiarazione della Struttura Ospedaliera pubblica o privata attestante la durata del ricovero.

8. Malattie tropicali/malaria

La garanzia è estesa, limitatamente al caso Inabilità Permanente, alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, fino a concorrenza della somma assicurata e con un massimo indennizzo di 100.000 Euro. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.
Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Inabilità Permanente

quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della tabella di cui al punto b) del "Caso Inabilità Permanente", ma applicando la Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa. L'operatività di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato al momento della partenza si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei Paesi dove si reca. In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista alla voce "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo "in caso di sinistro: infortuni/malattie".

Esclusioni operanti per tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- 1. alla pratica di sport aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri) e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche/motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- 2. alla partecipazione ad*

allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

- 3. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non è regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;*
- 4. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota o altro membro dell'equipaggio;*
- 5. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e bungee jumping;*
- 6. a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;*
- 7. all'uso non terapeutico di*

stupefacenti, allucinogeni e simili;

8. *a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei Beneficiari e atti di autolesionismo;*
9. *a operazioni chirurgiche non rese necessarie da infortunio;*
10. *a inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, fatti di guerra;*
11. *a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;*
12. *a trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).*

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- *gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie sempre operanti" alla voce "Rotture*

tendinee sottocutanee").

Persone non assicurabili -

Cessazione delle garanzie

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione se al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da: alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, *si precisa che qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto l'assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - senza che in caso contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che di conseguenza verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.*

Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno d'età.

Resta inteso che qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità

del contratto, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Condizioni particolari

(valide solo se espressamente richiamate in polizza e a condizione che il Contraente abbia pagato il relativo premio)

- 1) **Limitazione delle garanzie ai soli rischi professionali**
La garanzia è limitata ai soli infortuni conseguenti all'esercizio di attività professionali, arti o mestieri, espressamente indicate in polizza per ciascun Assicurato, *fermo quanto previsto nel capitolo "Esclusioni operanti per tutte le garanzie".*
- 2) **limitazione delle garanzie ai soli rischi extraprofessionali**
La garanzia è limitata ai soli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente, *fermo quanto previsto nel capitolo "Esclusioni operanti per tutte le garanzie".*

3) Invalidità Permanente senza supervalutazione

A parziale deroga delle norme che regolano la garanzia "Caso Invalidità Permanente", si conviene:

- fermo il disposto di cui al punto a), il punto b) della stessa garanzia si intende abrogato e così sostituito:
- la Compagnia liquida una indennità in percentuale sulla somma assicurata, calcolata come da tabella che segue:

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
%	%
1/2/3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	12
16	13
17	14
18	15
19	16
20	18
21	20
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36

Oltre il 36% di invalidità accertata corrisponderà pari percentuale da liquidare.

4) Invalidità Permanente con franchigia di 5 punti

A parziale deroga delle norme che regolano la garanzia “Caso Invalidità Permanente”, si

conviene:

- fermo il disposto di cui al punto a), il punto b) della stessa garanzia si intende abrogato e così sostituito:

- la Compagnia liquida una indennità in percentuale sulla somma assicurata, calcolata come da tabella che segue:

Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Indennità da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	0	29	29	54	78	79	137
5	0	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	9	36	42	61	92	86	158
12	10	37	44	62	94	87	161
13	11	38	46	63	96	88	164
14	12	39	48	64	98	89	167
15	13	40	50	65	100	90	170
16	14	41	52	66	102	91	173
17	15	42	54	67	104	92	176
18	16	43	56	68	106	93	179
19	17	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

5) Discipline sportive

L'assicurazione è estesa all'esercizio delle seguenti discipline sportive, *se svolte a carattere ricreativo*: scalata di rocce o ghiacciai *di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche)*, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autospiratore.
L'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 10% per la garanzia "Caso Invalidità Permanente" e senza tener conto della tabella di cui al punto b) del "Caso Invalidità Permanente".
La presente garanzia aggiuntiva non è operante per le garanzie "Inabilità Temporanea, Spese di Cura e Indennità Ricovero Ospedaliero", se previste in polizza.

6) Invalidità Permanente Specifica
Condizione particolare valida solo per le seguenti professioni: medici specialisti in chirurgia, anestesisti, dentisti, veterinari, ingegneri, architetti, geometri
A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, si

conviene:

- 1) fermo il disposto di cui alla lettera a) della garanzia "Caso Invalidità Permanente", le percentuali di valutazione dell'invalidità permanente assoluta stabilite dall'allegato 1 DPR 30.06.1965 n. 1124, interessanti gli organi o arti di seguito elencati si intendono così modificate: *solo ed esclusivamente in caso di perdita completa delle funzionalità o perdita anatomica:*
 - di un braccio o di una mano 100%
 - del pollicedestro 70%
.....sinistro 60%
 - dell'indicedestro 70%
.....sinistro 60%
 - del mediodestro 50%
.....sinistro 40%
 - dell'anulare o del mignolodestro 25%
.....sinistro 20%
 - di un occhio50%
 - perdita dell'udito di un orecchio20%
 - perdita dell'udito di ambedue gli orecchi70%

In caso di perdita funzionale o anatomica parziale, non verrà applicata l'Invalidità Permanente specifica di cui sopra, ma si farà riferimento al successivo punto 2).

- 2) il disposto di cui alla lettera b) della garanzia "Caso

Invalidità Permanente" si intende abrogato e così sostituito:
la Compagnia liquida un'indennità in percentuale sulla somma assicurata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **tre per cento** della totale;
- se l'Invalidità Permanente supera il **tre per cento** della totale, ma non il **ventidue per cento**, verrà corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente il **tre per cento**;
- se invece l'Invalidità Permanente supera il **ventidue per cento** della totale verrà corrisposto l'indennizzo integrale.

7) Consigli di amministrazione (rischio della carica)
A modifica delle Condizioni di Polizza, l'assicurazione è limitata agli infortuni che gli assicurati subiscono mentre, per conto ed ordine del Consiglio d'Amministrazione del Contraente, svolgono le funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi trasferimenti e missioni.
Inoltre sono escluse le garanzie n. 3 e 6 previste nel capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)".

**ZURICH**[®]

Sezione 2 - invalidità permanente da malattia

Cosa Assicuriamo

Sono assicurate le Invalidità Permanenti conseguenti a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, e comunque non oltre la data della sua cessazione.

Decorrenza della garanzia - termini di aspettativa

La garanzia vale per le Invalidità Permanenti conseguenti a malattia manifestatasi *dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.*

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di cui sopra operano:

- *dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;*
- *dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.*

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Liquidazione dell'indennità

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in un periodo compreso tra i 6 ed i 18 mesi dalla data della denuncia della malattia, secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124, *con esclusione di qualsiasi successiva*

modifica della stessa.

La Compagnia liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente:

Grado di Invalidità Accertata	Percentuali da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuali da liquidare
%	%	%	%
dall'1 al 22	0	45	40
23 e 24	2	46	42
25	3	47	44
26	4	48	46
27	6	49	48
28	8	50	50
29	10	51	53
30	12	52	56
31	14	53	59
32	16	54	62
33	18	55	65
34	20	56	68
35	22	57	71
36	24	58	74
37	26	59	77
38	28	60	80
39	29	61	83
40	30	62	86
41	32	63	89
42	34	64	92
43	36	65	95
44	38	dal 66 al 100	100

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, *non oltre il quarto grado*, l'importo liquidato od offerto.

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Sono inoltre escluse le

conseguenze di:

- 1. malattie mentali, disturbi psichici, comportamenti nevrotici, sindromi organico cerebrali, schizofrenie, forme maniaco depressive, stati paranoidi;*
- 2. A.I.D.S.;*
- 3. malattie tropicali;*
- 4. intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- 5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;*

- 6. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
- 7. di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave sul questionario anamnestico che è parte*

integrante della presente polizza.

Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 70° anno d'età.

Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 70° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annua di polizza successiva al compimento del settantesimo anno d'età.



ZURICH[®]

Sezione 3 - in caso di sinistro: infortuni/malattia

Obblighi

La denuncia dell'infortunio o della malattia (se per la stessa secondo parere medico venga interessata la garanzia prestata) con l'indicazione delle cause che lo determinarono corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario Assicurativo a cui è assegnata la polizza, entro cinque giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre un anno dalla data di cessazione della polizza.

L'Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento dell'Inabilità Temporanea.

In caso di ingiustificato ritardo della denuncia, l'indennità giornaliera (diaria) decorrerà dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

Nel caso in cui l'infortunio cagionasse la morte dell'Assicurato, o se questa sopravvenisse durante il periodo di cura, si dovrà dare immediata comunicazione per iscritto alla

Compagnia/Intermediario Assicurativo.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono acconsentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra o sana, *non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.*

Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia:

- la Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata;
- qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti;
- nel corso dell'assicurazione, le Invalidità Permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie;
- nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. La liquidazione viene fatta in Italia in valuta locale corrente.

Controversie - arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro,

nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalla polizza, può essere demandata 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 nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario al quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale) espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia stessa si impegna a disporre il pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato.

Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde alle persone indicate come beneficiari di polizza in "Caso Morte", la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte qualora questa sia superiore, mentre non chiede il rimborso nel caso contrario.

Bonus cliente su caso Invalidità Permanente (punto b, tabella pag. 7)

A parziale deroga delle norme che regolano la garanzia "Caso Invalidità Permanente" (punto b, tabella pag. 7), si conviene che, in caso di assenza di sinistri denunciati su polizze in corso o sostituite con la Compagnia, relativi alla suddetta garanzia, ciascun assicurato ha la facoltà di richiedere la liquidazione del primo sinistro indennizzabile ai sensi della predetta garanzia/tabella secondo le seguenti modalità:

a) in assenza di sinistri nei 2 anni precedenti (con riferimento alla data di accadimento), l'indennizzo verrà liquidato come da seguente tabella:

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%
1	0
2	0,50
3	1,50
4	2,50
5	3,50
6	4,50
7	5,50
8	6,50
9	7,50
10	8,50
11	9,50
12	10,50
13	11,50
14	12,50
15	13,50
16	14,50
17	15,50
18	16,50
19	17,50
20	18,50

Fermo il resto (Tab. punto b, pag. 7)

b) in assenza di sinistri nei 4 anni precedenti (con riferimento alla data di accadimento), l'indennizzo verrà liquidato come da seguente tabella:

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21

Fermo il resto (Tab. punto b, pag. 7)

Tale facoltà è da intendersi ripetibile per l'intera durata della polizza, precisando quanto segue: successivamente alla liquidazione del sinistro secondo il bonus previsto dal presente articolo e fino alla decorrenza dei vincoli temporali sopra descritti, *si applicherà nuovamente la tabella di cui al punto b), pag. 7.*

Il bonus non è operante in caso di polizze stipulate da e/o relative a: associazioni/fondazioni in genere, società sportive, società ricreative, istituti formativi quali a titolo esemplificativo: scuole, colonie estive.

Attività diverse da quella dichiarata

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia/Intermediario Assicurativo, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- *l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;*
- *l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.*

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in

polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro si farà riferimento all'allegato 2 delle Condizioni di polizza "Classificazione delle attività professionali" ove sono indicati anche i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Attività dichiarata					
	Classe	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100	100	100	100
	2	85	100	100	100
	3	70	85	100	100
	4	55	70	85	100

Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato, o degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto.

Prescrizione

I termini di prescrizione decorrono dal momento in cui, in sede di visita medica, si accerta la stabilizzazione dei postumi dell'evento dannoso.

allegato 1: tabella Inail

valutazione del grado di invalidità permanente

secondo i criteri stabiliti dalla legge sugli infortuni sul lavoro (T.U. 30 giugno 1965 n.1124)

Lesione	Indennità	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	---	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	

Lesione	Indennità	
	a destra	a sinistra
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia totale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	
Perdita totale della voce	35%	

* (In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro).

allegato 2: classificazione delle attività professionali

Se un Assicurato ha più occupazioni, verrà adottato il tasso della classe professionale di rischio più elevata come da successivo elenco e ciò ai fini dell'applicazione degli Artt. 1 e 12 delle condizioni di polizza

Classe professionale 1^a

Codice Professione		
1010.00	Soggetti che non svolgono attività professionali a scopo di lucro	
	.01	- abbiente,
	.02	- casalinga,
	.03	- ministro del culto,
	.04	- pensionato,
	.05	- studente,
	.99	- altre attività.
1020.00	Soggetti che esercitano una professione prevalentemente sedentaria e non svolgono attività in ambienti ove sono in funzione macchine operatrici o macchine utensili in genere	
	.01	- anestesista,
	.02	- architetto - che non accede ai cantieri - ,
	.03	- assistente di medici o di dentisti, levatrice, massaggiatore,
	.04	- collaboratrice o collaboratore domestico,
	.05	- compositore, concertista, direttore d'orchestra, disegnatore, scrittore, pittore,
	.06	- dentista,
	.07	- farmacista,
	.08	- impiegato amministrativo,
	.09	- imprenditore o dirigente di azienda,
	.10	- insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale,
	.11	- ingegnere - che non accede ai cantieri - ,
	.12	- libero professionista in genere,
	.13	- magistrato,
	.14	- medico,
	.15	- negoziante al minuto (non ambulante) senza laboratorio di riparazione e che non partecipa ai lavori di installazione,
	.16	- parrucchiere, manicure e pedicure, estetista,
	.17	- personale addetto (escluso art. igienico sanitari, elettrodomestici, mobiliari, orefice, orologiaio, ottico, pellicciaio, radio tv),
	.99	- altre attività.

Classe professionale 2^a

Codice Professione		
2010.00	Soggetti che accedono o lavorano abitualmente in laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, cantieri	
	.01	- architetto – con accesso ai cantieri -,
	.02	- commerciante all'ingrosso, gestore di lavanderia o tintoria
	.03	- esercente di autorimessa,
	.04	- geometra,
	.05	- impiegato tecnico,
	.06	- infermiere,
	.07	- ingegnere – con accesso ai cantieri -,
	.08	- spedizioniere,
	.99	- altre attività.
2020.00	Soggetti che svolgono attività di controllo o di sperimentazione	
	.01	- biologo, chimico, fisico, e loro assistenti,
	.02	- veterinario,
	.99	- altre attività.
2030.00	Soggetti che svolgono un'attività fisica o che insegnano materie sperimentali	
	.01	- cesellatore, scultore,
	.02	- insegnante di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale,
	.03	- insegnanti di educazione fisica, di scuola guida, maestro di sport,
	.04	- studente educazione fisica,
	.99	- altre attività.
2040.00	Soggetti che svolgono la loro attività all'esterno dell' azienda e soggetti che compiono frequenti viaggi	
	.01	- agente, rappresentante, propagandista,
	.02	- agronomo, enologo,
	.03	- funzionario addetto all' organizzazione commerciale, ispettore,
	.04	- giornalista, pubblicitista,
	.05	- imprenditore o dirigente d'azienda,
	.99	- altre attività.

Codice Professione		
2050.00	Soggetti che attendono alla confezione, vendita o somministrazione di generi alimentari o alla vendita al dettaglio in genere	
	.01	- artigiano che usa piccole macchine utensili (fotografo, modista, orafo, orologiaio, ottico, pellicciaio, restauratore di oggetti d'arte, esclusi i mobiliari),
	.02	- barista, cameriere,
	.03	- commerciante ambulante,
	.04	- esercente di ristorante o di esercizio pubblico in genere,
	.05	- negoziante per la vendita di elettrodomestici, radio tv, art. igienico sanitari,
	.06	- macellaio senza macellazione,
	.07	- odontotecnico,
	.08	- personale addetto (art. igienico sanitari, elettrodomestici, mobiliari, orefice, orologiaio, ottico, pellicciaio, radio tv),
	.09	- salumiere,
	.99	- altre attività.

Classe professionale 3^a

Codice Professione		
3010.00	Soggetti che esercitano una professione che implica la partecipazione alla lavorazione e preparazione di generi alimentari	
	.01	- casaro, cuoco o gastronomo, esercente di laboratorio ed azienda di panetteria o di pasticceria o di pastificio,
	.99	- altre attività.
3020.00	Soggetti che esercitano una professione che implica attività manuali e senza accesso ad impalcature all'esterno di fabbricati, su tetti e costruzioni	
	.01	- elettricista, elettrotecnico, idraulico,
	.02	- imbianchino, calzolaio, elettrauto, floricoltore, gessaio, gestore di stazione di servizio per autoveicoli, meccanico di carrozzeria o di auto officina, pavimentatore, piastrellista, orticoltore, stuccatore, tappezziere, tessitore, tipografo, verniciatore
	.03	- autista di autoambulanze, taxi, motocarri, macchine operatrici
	.04	- autotrasportatore,
	.99	- altre attività.

Classe professionale 4^a

Codice Professione		
4010.00	Soggetti che svolgono attività comportanti lavori di pesante manualità, lavori con/od a macchine operatrici, lavori su impalcature all'esterno delle costruzioni, lavori in cantiere senza uso di esplosivi	
	.01	- agricoltore, allevatore di bestiame, capomastro ed addetto ai lavori edili che non ha contatto con mine, carpentiere, fabbro, esercente macelleria con partecipazione alla macellazione,
	.02	- falegname, elettricista, elettrotecnico, idraulico, meccanico di costruzioni in metallo,
	.99	- altre attività.

articoli del codice civile richiamati nelle condizioni generali di polizza

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunemente trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare

l'assenza dello scomparso (49 e seguenti; Cod. Proc. Civ. 726).

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

1. Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
3. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.
4. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicurato non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
2. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha

domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

4. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

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

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

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

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

1. Se il contraente comunica

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

1. Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
2. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
5. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 - Durata dell'Assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. In caso di durata poliennale l'assicurato ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

1. Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

Da inoltrare via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ **N° POLIZZA** _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'infortunio):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, Assicurato della Polizza in oggetto, in merito all'infortunio avvenuto in data _____

luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

Pronto soccorso: SI se sì, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria

NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:

non esistono a mio nome altre polizze Infortuni;

esistono altre polizze Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____

Da inoltrare via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ N° POLIZZA _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'infortunio):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, Assicurato della Polizza in oggetto, in merito all'infortunio avvenuto in data _____

luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

Pronto soccorso: SI se sì, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria

NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:

non esistono a mio nome altre polizze Infortuni;

esistono altre polizze Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____

