Infortuni Individuale e Cumulativa

Contratto di Assicurazione del Rischio Professionale e del Tempo Libero

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **Nota Informativa, comprensiva di Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

INF 13

Gruppo Aviva

Infortuni Individuale e Cumulativa

Condizioni di Assicurazione

PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA

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, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: **in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.**

Art. 3 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 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, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

Art. 6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni.

Art. 8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo la denuncia di ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata.
In caso di recesso esercitato da una delle Parti, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno, **è prorogata per un anno e così successivamente.** Per i casi nei quali la legge ed il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 ONERI FISCALI

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

Art. 11 FORO COMPETENTE

Valgono le norme di legge.

Art. 12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale in tutto il mondo per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

a) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;

b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobbies ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;

c) di attività professionali diverse da quelle dichiarate.
A tale proposito, fermo il disposto degli artt. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 5 - Aggravamento del rischio, 6 - Diminuzione del rischio e 14 - Delimitazione dell'Assicurazione - Esclusioni, **se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:**
— l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
— **l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:**

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO					
		Attività dichiarata			
	Classe	**A**	**B**	**C**	**D**
Attività svolta al momento del sinistro	**A**	100	100	100	100
	B	85	100	100	100
	C	70	85	100	100
	D	55	70	85	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla «Tabella delle attività» ove sono indicati anche i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Valgono inoltre le seguenti estensioni:

13.1 MALORE
La garanzia è estesa agli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza **non dovuto a condizione patologica.**

13.2 COLPI DI SOLE E PUNTURE DI INSETTI - ASSIDERAMENTO - CONGELAMENTO
La garanzia è estesa alle conseguenze di colpi di sole e di calore nonché di punture di insetti (esclusa la malaria), morsi di animali e rettili, assideramento e congelamento.

13.3 NEGLIGENZA GRAVE
La garanzia è estesa agli infortuni sofferti per imprudenza, imperizia e/o negligenza grave dell'Assicurato, ingestione accidentale e/o assorbimento di sostanze nocive nonché annegamento accidentale.

13.4 TUMULTI POPOLARI
La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, **purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria.**

13.5 FORZE DELLA NATURA E CONTATTO CON CORROSIVI

La garanzia è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi, nonché l'asfissia involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori.

13.6 RAPINA - TENTATA RAPINA - SCIPPO

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona e scippo. Nei casi di morte e di invalidità permanente di grado superiore al 70% conseguenti ad un reato di rapina tentata o consumata nei confronti dell'Assicurato, la Società aumenterà automaticamente il capitale assicurato del 50% con il limite massimo di € 500.000,00 in aumento. La presente estensione di garanzia non si cumula con quella prevista dall'art. 13.18 - Raddoppio automatico del capitale per morte contemporanea di entrambi i coniugi.

13.7 RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

13.8 GUIDA DI QUALSIASI VEICOLO O NATANTE A MOTORE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, **a condizione che l'Assicurato sia in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida**, ove prescritta.

13.9 SFORZI MUSCOLARI, ERNIE

La garanzia **vale per le conseguenze di sforzi muscolari e per le ernie aventi esclusivamente carattere traumatico**. Per queste ultime:

- se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di **inabilità temporanea per un massimo di 40 giorni;**
- nel caso in cui l'ernia anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere del medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente **non superiore al 10%** della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

13.10 RISCHIO VOLO, DIROTTAMENTI

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero **(non come pilota o membro dell'equipaggio)** su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare, **salvo quelli effettuati su mongolfiere e dirigibili**, e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti **escluse**, per questi ultimi, **le trasvolate oceaniche.**

La garanzia si intende estesa anche agli eventuali infortuni che in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo dovessero verificarsi al di fuori dei limiti territoriali o di tempo previsto in polizza, compreso quindi l'eventuale viaggio in aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo; **il rischio di salita e di discesa non è considerato rischio di volo.**

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato con la Società o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, **non potrà superare i seguenti importi:**

€. 1.050.000,00 per il caso di Morte
€. 1.050.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale
] **per persona**

€. 2.600.000,00 per il caso di Morte
€. 2.600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale
] **complessivamente per aeromobile**

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

13.11 CALAMITÀ NATURALI
A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Resta convenuto però che, **in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di €. 2.600.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.**

13.12 ALPINISMO
Si intendono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica dell'alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai: fino al 3° grado, anche senza accompagnamento; **oltre il 3° grado purché con accompagnamento di Guida professionista, Istruttore Nazionale di Club Alpini, Istruttore di scuole di alpinismo o di sci alpino riconosciute da Club Alpini Nazionali.**

13.13 MANCINISMO
A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Società dà atto che se l'Assicurato è mancino il grado dell'invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa.

13.14 RINUNCIA ALLA RIVALSA
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente contratto.

13.15 PAGAMENTO ANTICIPATO DELL'INDENNIZZO
L'Assicurato che ha subito invalidità permanente di grado superiore al 30% ha diritto di richiedere il pagamento di un acconto fino ad un massimo del 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano insorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e che l'indennizzo complessivo prevedibile non sia inferiore a €. 50.000,00. La Società potrà riconoscere l'anticipo non oltre 120 giorni dalla data del sinistro e non prima di 30 giorni dalla richiesta di anticipo.

13.16 DIABETE
La garanzia **s'intende prestata anche nei confronti di persone affette da diabete, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le relative conseguenze.**
Pertanto, in caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'Art. 20 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

13.17 CRITERIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE
Il calcolo dell'indennizzo sarà fatto applicando alle fasce di somme assicurate sottoindicate, le percentuali scritte nella relativa colonna corrispondenti al grado di invalidità permanente accertato.

GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	**FASCIA DA 0 A €. 200.000,00** % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA	**FASCIA DA €. 200.001,00 A €. 400.000,00** % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA	**FASCIA OLTRE €. 400.001,00** % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA
1	0,3	0,0	0,0
2	0,6	0,0	0,0
3	1,0	0,0	0,0
4	1,8	0,0	0,0
5	2,5	0,0	0,0
6	3,5	1,0	0,0
7	4,5	2,0	0,0
8	6,0	3,0	0,0
9	8,3	4,0	0,0
10	10,0	5,0	0,0
11	11,0	6,0	1,0
12	12,0	7,0	2,0
13	13,0	8,0	3,0
14	14,0	9,0	4,0
15	15,0	10,0	5,0
16	16,0	11,0	6,0
17	17,0	12,0	7,0
18	18,0	13,0	8,0
19	19,0	14,0	9,0
20	20,0	15,0	10,0
21	21,0	16,0	11,0
22	22,0	17,0	12,0
23	23,0	18,0	13,0
24	24,0	19,0	14,0
25	25,0	20,0	15,0
26	26,0	21,0	16,0
27	27,0	22,0	17,0
28	28,0	23,0	18,0
29	29,0	24,0	19,0
30	30,0	25,0	20,0
31	31,0	26,0	21,0
32	32,0	27,0	22,0
33	33,0	28,0	23,0
34	34,0	29,0	24,0
35	35,0	30,0	25,0
36	36,0	31,0	26,0
37	37,0	32,0	27,0
38	38,0	33,0	28,0
39	39,0	34,0	29,0
40	40,0	35,0	30,0
41	41,0	36,0	31,0

42	42,0	37,0	32,0
43	43,0	38,0	33,0
44	44,0	39,0	34,0
45	45,5	40,5	35,5
46	47,0	42,0	38,5
47	48,5	43,5	37,0
48	50,0	45,0	40,0
49	51,5	46,5	41,5
da 50 a 59	70,0	70,0	70,0
da 60 a 69	95,0	95,0	95,0
da 70 a 100	150,0	150,0	150,0

13.18 RADDOPPIO AUTOMATICO DEL CAPITALE PER MORTE CONTEMPORANEA DI ENTRAMBI I CONIUGI

Qualora lo stesso evento provochi oltre alla morte dell'Assicurato anche quella del coniuge, l'indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'assicurazione si intenderà raddoppiato con il massimo di €. 500.000,00 in aumento. Sono equiparati a "figli minori" anche i minori in affido permanente.

13.19 MENOMAZIONI ESTETICHE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comportino alcun riconoscimento di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di €. 3.000,00 per evento le spese documentate, sostenute dall'Assicurato per ridurre o eliminare il danno tramite un intervento di chirurgia plastica o estetica.

13.20 PERDITA ANNO SCOLASTICO

Qualora, a causa di un infortunio, lo studente assicurato si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà un importo equivalente all'1% della somma assicurata di invalidità permanente nei suoi confronti. Il pagamento dell'indennità verrà effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica, dalla quale risulti che lo studente è regolarmente iscritto e che la perdita dell'anno è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Art. 14 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) **dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, nonché dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei** (salvo quanto previsto dalla garanzia di cui al precedente Art. 13.10 - rischio volo);

b) **dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso a ghiacciai** (salvo quanto previsto dall'estensione di cui al precedente Art. 13.12 - alpinismo), **pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, bob (guidoslitta), immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;**

c) **dalla partecipazione a corse, gare e allenamenti, svolti sotto l'egida della Federazione sportiva di appartenenza anche se solamente a livello dilettantistico dei seguenti sport: sci alpino, calcio, ciclismo, motociclismo, pallacanestro, pallavolo, equitazione, go-kart, rugby, football americano;** tuttavia restano assicurati e validi i raduni automobilistici e gare di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici;

d) **da stato di ubriachezza alla guida di mezzi di locomozione nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili: quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari**, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

e) **da stato di guerra e insurrezioni** (salvo quanto previsto dall'estensione di cui al precedente Art. 13.7 - rischio guerra);

f) **da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;**

g) **da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio;**

h) da **avvelenamento del sangue** anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie (salvo quelle traumatiche di cui al precedente Art. 13.9 - Ernie).

Art. 15 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di polizza saranno corrisposte in Italia.

Art. 16 LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 80esimo anno di età dell'assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'assicurato di richiederne la restituzione in qualunque momento.

Art. 17 PERSONE NON ASSICURABILI

La Società **presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dall'articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio". Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più affezioni o malattie nel corso del contratto, costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione a sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso**; si applica in questo caso la disciplina prevista da tale articolo.

Art. 18 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente che **dolosamente ometta di comunicare**, ai sensi dell'art.2 - Altre assicurazioni, **l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, decade dal diritto all'indennizzo. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.**

Art. 19 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società o all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza, entro nove giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il Contraente/Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea.
In caso di ingiustificato ritardo della denuncia l'eventuale indennità giornaliera (diaria) prevista decorrerà dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.
Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.
Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrariamente convenuto, **sono a carico dell'Assicurato.**

Art. 20 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, **sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili**. Parimenti, **nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico**, l'indennità per invalidità permanente **è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio** come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 21 MORTE E MORTE PRESUNTA

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro DUE ANNI dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida detta somma, in parti uguali, agli eredi.
Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 22 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 che và accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**destro**	**sinistro**
– un arto superiore	70%	60%
– una mano o un avambraccio	60%	50%
– un pollice	18%	16%
– un indice	14%	12%
– un medio	8%	6%
– un anulare	8%	6%

– un mignolo	12%	10%
– una falange del pollice	9%	8%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
– anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
– anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
– anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
– paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
– paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
– amputazione di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
– un piede	40%	
– ambedue i piedi	100%	
– un alluce	5%	
– un altro dito del piede	1%	
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
– anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
– anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
– anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%	
– paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
– un occhio	25%	
– ambedue gli occhi	100%	
– sordità completa di un orecchio	10%	
– sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
– stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
– stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
– esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
– esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12ª dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
– esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
– esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
– postumi di un trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
– perdita anatomica di un rene	15%	
– perdita anatomica della milza	8%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi.
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.
In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nei casi di invalidità permanente non specificata nella tabella che precede, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 23 FRANCHIGIA RELATIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

(operante se non previsto quanto descritto al precedente Art. 13.17 - Criterio di calcolo dell'indennizzo per invalidità permanente)

La liquidazione degli infortuni con postumi di Invalidità Permanente viene fatta con le seguenti modalità:

a) **l'indennità sui primi €. 155.000,00 di somma assicurata** per il caso d'invalidità permanente **verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia;**
b) **sull'eventuale eccedenza di questa somma e fino a €. 300.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% dell'invalidità permanente totale;** se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente;
c) **sull'eventuale eccedenza di €. 300.001,00 e fino a €. 600.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 10% dell'invalidità permanente totale**; se invece essa risulterà superiore al 10% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.
d) **sull'eventuale eccedenza di €. 600.001,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 15% dell'invalidità permanente totale**; se invece essa risulterà superiore al 15% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente.

Tuttavia se il grado di invalidità permanente accertato **è superiore al 40% la franchigia si intende abrogata**.

Art. 24 INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

a) **integralmente**, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
b) **al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.**

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre, fermo quanto disposto dall'Art.25 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea, dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.
Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 19 - Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

Art. 25 FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INABILITÀ TEMPORANEA

La liquidazione dell'indennizzo dovuto per inabilità temporanea – fermo quanto previsto dall'Art. 24 - Inabilità Temporanea, – **è soggetta alle seguenti franchigie assolute:**

a) **per somma assicurata non superiore a €. 50,00 l'indennità verrà corrisposta a partire dal 5° giorno successivo** a quello dell'infortunio;

b) **per somma assicurata superiore a €. 50,00 l'indennità verrà corrisposta a partire dal 12° giorno successivo** a quello dell'infortunio.

Art. 26 INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO O DA INGESSATURA CONSEGUENTE AD INFORTUNIO

Se in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di ricovero, **per un periodo massimo di 300 giorni.**
Si conviene inoltre che è parificato al ricovero, **per un periodo massimo di 45 giorni**, il periodo di inabilità, senza ricovero, durante il quale all'Assicurato sia applicato un apparecchio gessato od un presidio immobilizzante equivalente, **limitatamente al tronco od ai grandi segmenti scheletrici, sempreché l'Assicurato stesso sia costretto a riposo assoluto o sia impossibilitato a deambulare liberamente o comunque non sia in grado di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali dichiarate.**
La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella di rimozione sono considerate un'unica giornata.
L'indennità viene liquidata a degenza ultimata o ad avvenuta rimozione dell'ingessatura, dietro presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza o di durata dell'ingessatura.
L'indennizzo dovuto con la presente garanzia è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, rimborso spese mediche e con quello dovuto per inabilità temporanea.
Non sono cumulabili in ogni caso, le indennità per ricovero e ingessatura.

Art. 27 SPESE DI CURA

La Società rimborsa, sino alla concorrenza della somma massima indicata in polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

a) onorari di medici e chirurghi;
b) accertamenti diagnostici;
c) terapie fisiche e spese farmaceutiche;
d) trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;
e) rette di degenza e spese ospedaliere.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi. **Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere c) e d) l'onere a carico della Società non potrà superare il 30% della somma assicurata.**

Art. 28 CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. 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 Società corrisponde ai beneficiari designati o in difetto agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.
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 Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Art. 29 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità di cui all'art. 20 - Criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 30 ADEGUAMENTO AUTOMATICO

Le somme assicurate ed il premio, se convenuto in polizza, sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già «costo della vita») elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti e le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Prima del termine di ogni periodo assicurativo annuo il Contraente può rinunciare all'adeguamento automatico della polizza con preavviso di 15 giorni, a mezzo di lettera raccomandata.

Se il Contraente si avvale di detta facoltà le somme assicurate ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Art. 31 INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

Il presente contratto è stipulato dal Contraente in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

NORME VALIDE SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE

Art. 32 VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.
Nel caso di fusione dell'azienda Contraente il contratto continua con l'azienda che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. **Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale**, il contratto continua con l'azienda nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.
Nei casi di scioglimento dell'azienda Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.
Le variazioni anzi indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi. La Società nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione al Contraente con preavviso di quindici giorni.

Art. 33 VARIAZIONI NELLE MANSIONI DELLE PERSONE ASSICURATE - VARIAZIONI DEL PERSONALE ASSICURATO

Qualora nel corso del contratto si verifichino variazioni di rischio per cambiamento delle attività professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali dette attività sono esercitate, **il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.**
Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli Assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce.
Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.
Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società può provvedere a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.
L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.
L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.
La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 34 RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 21 - Morte e Morte presunta, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.
Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

Art. 35 RISCHIO VOLO, DIROTTAMENTI

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero **(non come pilota o membro dell'equipaggio)** su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare **salvo quelli effettuati su mongolfiere e dirigibili** e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti **escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche**.
La garanzia si intende estesa anche agli eventuali infortuni che in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo dovessero verificarsi al di fuori dei limiti territoriali o di tempo previsto in polizza, compreso quindi l'eventuale viaggio in aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo; **il rischio di salita e di discesa non è considerato rischio di volo**.
La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato con la Società o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, **non potrà superare i seguenti importi:**

€. 1.050.000,00	per il caso di Morte	**per persona**
€. 1.050.000,00	per il caso di Invalidità Permanente Totale	
€. 2.600.000,00	per il caso di Morte	**complessivamente per aeromobile**
€. 2.600.000,00	per il caso di Invalidità Permanente Totale	

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.
Agli effetti della garanzia, **il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.**

Art. 36 LIMITAZIONE DELLE GARANZIE PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel 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 comunque superare l'importo di €. 2.600.000,00.
Qualora le indennità liquidabili a sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno propor-zionalmente ridotte.
La presente limitazione non si applica per le garanzie di cui all'Art. 35 - Rischio volo e Art. 13.11 Calamità naturali.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide soltanto se espressamente richiamate in polizza)

A) Limitazione della garanzia ai soli rischi extra-professionali - L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. Restano esclusi, per le persone soggette ad assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.), quelli verificatisi in circostanze tali da farli rientrare nell'ambito di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

B) Estensione della garanzia al calcio, ciclismo, equitazione, lotta nelle sue varie forme e atletica pesante, pugilato, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano e sci alpino (a livello dilettantistico e non professionale) – A parziale deroga dell'art. 14 - Delimitazione dell'Assicurazione - Esclusioni, punto b) e c) delle Norme che regolano l'assicurazione, la garanzia si intende estesa ai seguenti sport: calcio, ciclismo, equitazione, lotta nelle sue varie forme e atletica pesante, pugilato, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano e sci alpino.
Tale estensione di garanzia è prestata con una franchigia assoluta del 5% per il caso di invalidità permanente che verrà applicata sulla prima fascia di capitale assicurato, ferme le franchigie stabilite in polizza. Non sono comunque risarcibili perdite di denti, sfregi e deformazioni fisiche.
Limitatamente al pugilato ed alle varie forme di lotta la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che occorressero durante le normali esercitazioni, prove o allenamenti, **restando sempre esclusi i combattimenti.**

C) Estensione della garanzia alle immersioni subacquee con autorespiratore, speleologia, salti dal trampolino con sci e idrosci, alpinismo, motociclismo e go-kart (a livello dilettantistico e non professionale) - A parziale deroga dell'art. 14 - Delimitazione dell'Assicurazione - Esclusioni, punto b) e c) delle Norme che regolano l'Assicurazione, la garanzia s'intende estesa ai seguenti sport: immersioni subacquee con uso di autorespiratore, speleologia, alpinismo con scalata di rocce oltre il 3° grado della Scala Monaco (vedi art.13.12 - Alpinismo) ed accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persone esperte, salti dal trampolino con sci ed idrosci, motociclismo e go-kart. **Tale estensione di garanzia è prestata con una franchigia assoluta del 10% per il caso di invalidità permanente che verrà applicata sulla prima fascia di capitale assicurato, ferme le franchigie stabilite in polizza.**
Non sono comunque risarcibili perdite di denti, sfregi e deformazioni fisiche.

D) Tabella INAIL - La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'Art. 22 - Invalidità Permanente,delle Norme che regolano l'Assicurazione si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 senza tener conto delle successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

E) Supervalutazione delle mani e delle dita dei Medici, dei Veterinari e degli Odontotecnici - La tabella delle indennità per invalidità permanente di cui al precedente Art. 22 - Invalidità Permanente si intende sostituita - per i casi appresso indicati - dalla seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**destro**	**sinistro**
– un pollice	40%	30%
– un indice	40%	30%
– un medio	20%	15%
– un anulare	20%	15%
– un mignolo	15%	12%
– una mano	100%	

entro il limite della somma assicurata per tale garanzia.
In caso di richiamo in polizza della presente condizione resta inteso che il criterio di calcolo

dell'invalidità permanente di cui al precedente Art. 13.17 - Criterio di calcolo dell'indennizzo per invalidità permanente, non è operante.

G) Coassicurazione e delega - L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società indicate nel contratto. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di AVIVA ITALIA S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria a nome e per conto di tutte le coassicuratrici. Ogni modifica al contratto, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo. La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

I) Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali - A modifica delle norme che regolano l'assicurazione, si conviene che la garanzia è limitata agli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

J) Franchigia assoluta per Invalidità Permanente - Il comma a) dell'Art.23 - Franchigia relativa per Invalidità Permanente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, si intende abrogato e sostituito dal seguente:

a) **sui primi €. 155.000,00 di somma assicurata, non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 3% della totale.** Se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte di invalidità permanente eccedente il 3% della totale.

X) Indennità giornaliera per apparecchio gessato o immobilizzante – Indennità di convalescenza - Fermo quanto disposto per il ricovero ospedaliero da infortunio previsto dall'Art.26 - Indennità giornaliera da ricovero o da ingessatura conseguente ad Infortunio, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, si conviene, in deroga a quanto previsto dallo stesso articolo per ingessatura, quanto segue:
"È parificato al ricovero, per un periodo massimo di 60 giorni, il periodo di inabilità senza ricovero, durante il quale all'Assicurato è applicato un apparecchio gessato o un apparecchio ortopedico immobilizzante equivalente, la cui applicazione per quest'ultimo si sia resa necessaria per frattura o per rottura e/o lesione dei legamenti articolari clinicamente accertata.
La diaria viene comunque riconosciuta anche in assenza di apparecchio gessato o immobilizzante, per i casi di fratture scheletriche radiograficamente accertate per i soli giorni di prognosi certificati dal primo referto medico e viene corrisposta solo per il periodo trascorso fuori dall'istituto di cura, ambulatorio o pronto soccorso. La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella della rimozione valgono ai fini dell'indennizzo come un'unica giornata.
Inoltre, la Società corrisponde all'Assicurato una diaria di convalescenza, successivamente ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, per lo stesso importo previsto dalla diaria di ricovero, con il limite massimo di 30 giorni per sinistro.

W) Lesioni tendinee - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 60 anni.Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 60esimo anno di età dell'assicurato. Per effetto della presente clausola, in caso di infortunio che abbia come conseguenza solamente la rottura di uno o più tendini del corpo, la Società liquiderà forfettariamente un grado di invalidità permanente pari al 4%, con il limite massimo di €. 6.000,00 per evento e senza applicazione di franchigia alcuna, i seguenti casi:
– tendine di Achille (trattata chirurgicamente o meno)
– tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale)
– tendine dell'estensore del pollice
– tendine del quadricipite femorale
– cuffia dei rotatori

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo per polizze intestate a Società - persone giuridiche - che assicurano le categorie professionali quali dirigenti, quadri, impiegati, operai e se espressamente richiamate)

L) Deroga denuncia infermità - Fermo il disposto dell'Art. 17 - Persone non assicurabili, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici e/o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 20 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

M) Deroga altre assicurazioni - A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, il Contraente è esonerato dal denunciare altre assicurazioni, stipulate con altre Società assicuratrici, della stessa natura di quelle che formano oggetto della presente polizza.

N) Dirigenti: tabella INAIL e malattie professionali - Relativamente alle persone assicurate aventi qualifica di «Dirigente», a modifica ed a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione si conviene fra le Parti quanto segue:

a) La tabella delle percentuali di invalidità permanente (Art. 22 - Invalidità Permanente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni) si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 senza tener conto delle successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge;

b) l'assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità Permanente, viene estesa alle malattie professionali intendendosi come tali quelle attualmente riconosciute dalla Legge Infortuni sul Lavoro che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.
Resta confermata, come stabilito dalle norme che regolano l'assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

c) qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 20 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

O) Assicurazione degli infortuni dei quali sia responsabile il Contraente (R.C. integrativa)
Nell'ipotesi prevista dall'Art. 34 - Responsabilità Civile del Contraente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, e ferme le disposizioni tutte di detto articolo, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, in eccedenza alle indennità dovute in base alle norme che regolano l'assicurazione e fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello di dette indennità.
Nel caso di evento che colpisca più persone, **il maggior esborso a carico della Società in forza del presente articolo non può superare la somma complessiva di €. 1.050.000,00.**
Nell'ipotesi invece prevista al secondo comma del citato Art. 34 - Responsabilità Civile del Contraente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'indennità accantonata viene pagata, sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno, anche ai sensi dell'ultimo comma della presente Condizione Particolare.
Se con i beneficiari designati in polizza, o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione prestata con la presente Condizione Particolare vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermo sempre il limite di cui sopra.

La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a sensi di polizza e non vale per gli infortuni che colpiscano:

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

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, **il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia avuto conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.**
La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

P) Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni - Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato.
Per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura.
Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione dell'infortunato quella annua lorda percepita per i titoli di cui sopra nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purchè su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio **si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.**
Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla determinazione del premio definitivo.
Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni.
Se, all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risultasse superiore di oltre il 50% rispetto a quello anticipato, si farà luogo al proporzionale aumento di quest'ultimo, a partire dalla successiva scadenza annuale, commisurando il premio anticipato in misura non inferiore all'80% dell'ultimo consuntivo.

Q) Assicurazione in base al registro variazioni - A parziale deroga di quanto disposto dalle norme che regolano l'assicurazione, si conviene tra le Parti quanto segue:
L'assicurazione è regolata da apposito registro variazioni fornito dalla Società, che forma parte integrante della polizza.
In detto registro variazioni **il Contraente si obbliga a registrare tutte le persone da ritenersi assicurate e ad effettuare di volta in volta sul medesimo le variazioni relative alle inclusioni ed alle esclusioni dovute al movimento del personale, le quali dovranno essere comunicate per iscritto alla Società, per mezzo di lettera raccomandata o telefax, indicando tutti i dati richiesti per l'iscrizione al registro variazioni.**
L'assicurazione avrà effetto dalle ore ventiquattro del giorno di spedizione della predetta raccomandata o telefax: farà fede il timbro postale.
Per le categorie di personale non contemplate dalla polizza o, se contemplate, da comprendersi per somme diverse a quelle già prestate per il personale della stessa categoria, nonché per le persone non trovantisi in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, ecc., è inteso che l'assicurazione avrà effetto, a condizioni da pattuirsi, soltanto dopo l'adesione scritta della Società.
Alla fine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, si farà luogo alla regolazione del premio, prendendo per base di garanzia per ogni assicurato la rispettiva categoria di rischio e le somme assicurate. **Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla data della comunicazione della Società.**
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni.
In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare, assieme alla differenza di premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la regolazione si riferisce, la differenza di premio per la rata successiva in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

R) Assicurazione per Categorie o gruppi - L'assicurazione viene prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza e per le somme individuali a fianco di ciascuno specificate.
La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; **per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.**
Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; parimenti non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza.
Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio con le mansioni ivi specificate e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.
Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nel termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni.
In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare, assieme alla differenza di premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la regolazione si riferisce, la differenza di premio per la rata successiva in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

U) Dirigenti - L'Art.23 - Franchigia relativa per invalidità permanente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, si intende abrogato e si conviene, **esclusivamente per il rischio extraprofessionale**, la seguente franchigia assoluta: **non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 3% della totale**. Se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte di invalidità permanente eccedente il 3% della totale. Nel caso l'invalidità permanente risultasse superiore al 15%, la suddetta franchigia si intenderà annullata.

NORME CHE REGOLANO L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA IN QUANTO ABBINATA AI RISCHI INFORTUNI DI MORTE E/O INVALIDITÀ PERMANENTE

(Indicare la forma prescelta specificando nel frontespizio della polizza alla voce Condizioni Particolari operanti la sigla S se la forma è Generica o la sigla T se la forma è Specifica)

S) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA NELLA FORMA "GENERICA"

Oggetto dell'assicurazione
L'assicurazione è estesa al caso di invalidità permanente che sia conseguente a malattia **insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione.**
Si intende per "**invalidità permanente**" da malattia la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Criteri e termini di liquidazione
Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 25% della totale.
Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 25%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALE		PERCENTUALE	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	oltre 65	100
46	42		

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U.

disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, **non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.**
Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. **la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto**, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, **della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione**.

T) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA NELLA FORMA "SPECIFICA"

Oggetto dell'assicurazione
L'assicurazione è estesa al caso di invalidità permanente che sia **conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione.**
Si intende per "**invalidità permanente**" da malattia la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio della propria attività professionale dichiarata in polizza.

Criteri e termini di liquidazione
Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 33% della totale.
Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 33%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALE		PERCENTUALE	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA
34	3	50	52
35	6	51	55
36	9	52	58
37	12	53	61
38	15	54	64
39	18	55	67
40	21	56	70
41	24	57	73
42	27	58	76
43	30	59	79
44	33	60	82
45	36	61	85
46	39	62	88
47	42	63	91
48	45	64	94
49	48	65	97
		oltre 65	100

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, **non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.**
Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. **la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto**, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, **della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità all'esercizio della propria attività professionale dichiarata in polizza**.

CONDIZIONI ASSICURATIVE COMUNI ALLE FORME "GENERICA" E "SPECIFICA"

Termini di aspettativa
A parziale deroga dell'Art.3 - Decorrenza dell'Assicurazione - Pagamento del premio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale, **l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza.**
Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, l'anzidetto termine di 90 giorni opera:
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente contratto limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso derivate.

Esclusioni
Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:
- **malattie e/o invalidità preesistenti alla data di stipulazione della polizza;**
- **malattie professionali e mentali;**
- **intossicazioni per abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;**
- **trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- **atti di guerra o insurrezioni;**
- **reati dolosi commessi dall'Assicurato;**
- **sindrome da immunodeficenza acquisita.**

Limite di età
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni.Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 65esimo anno di età dell'assicurato.
L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'assicurato di richiderne la restituzione in qualunque momento.

Denuncia della malattia e relativi obblighi del Contraente/Assicurato
La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata **per iscritto** - dal Contraente o dall'Assicurato - **alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.**

La denuncia deve essere **corredata da:**
- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica;
- copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi i trenta giorni dalla denuncia della malattia, il Contraente o l'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata.
L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società,

fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Liquidazione dei danni
Ricevuta la documentazione sopra richiamata e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta e provvede al pagamento.
Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato tra le Parti, la Società paga l'importo stabilito ai beneficiari designati in polizza o, in difetto agli eredi.

Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza infortuni
La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizza infortuni della stessa Società.

Rinvio alle condizioni di polizza
Per quanto non regolato dalle presenti condizioni, valgono, in quanto compatibili, le condizioni generali e particolari previste dalla polizza.

TABELLA DELLE ATTIVITÀ

CLASSE A

- Agenti che operano nei settori: assicurazione, credito, commercio, industria e settori vari
- Amministratori di beni propri o altrui
- Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Autoscuola – Istruttore di teoria
- Avvocati e procuratori legali
- Benestanti senza particolari occupazioni
- Biologi
- Casalinghe
- Clero (appartenenti al)
- Commercialisti e consulenti del lavoro
- Commercianti (proprietari e/o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive
- Disegnatori
- Farmacisti
- Fotografi
- Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Giornalai
- Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Imprenditori, escluso agricoltori, artigiani e commercianti che non prestano lavoro manuale
- Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Magistrati
- Massaggiatori fisioterapisti
- Medici
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetriche
- Parrucchieri
- Periti
- Sarti
- Studenti
- Vetrinisti

CLASSE B

- Agricoltore senza lavoro manuale
- Allevatori senza lavoro manuale
- Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, ecc.
- Autoscuola – Istruttore di guida
- Calzolai
- Casari
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articoli igienico sanitari, casalinghi
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di panetterie, salumerie, macellerie, frutta e verdura, fiori e piante, bar e ristoranti
- Commessi viaggiatori
- Corniciai
- Domestici
- Estetisti, callisti, manicure
- Facchini (portabagagli) di piccoli colli
- Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Giardinieri, vivaisti
- Giornalisti
- Guardiapesca, guardie campestri
- Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Imprenditori, escluso agricoli, artigiani e commercianti che prestano occasionalmente lavoro manuale
- Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Litografi
- Paramedici
- Pescatori
- Restauratori in genere (senza uso di impalcature)
- Riparatori radio-TV elettrodomestici in genere
- Tappezzieri
- Tipografi
- Veterinari

CLASSE C	CLASSE D
– Agricoltori con lavoro manuale – Allevatori di equini – Antennisti – Autisti di autocarri con partecipazione alle operazioni di carico e scarico – Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauti – Elettricisti – Idraulici – Imbianchini – Marmisti – Muratori – Vetrai (produzione e installazione)	– Carpentieri – Cavaioli (operai cave di marmo o di pietra) senza uso di mine – Fabbri – Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere – Falegnami

PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA

Infortuni Individuale e Cumulativa

Informativa Privacy

PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)

1 FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati forniti riferiti al contraente - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Aviva Italia S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la "**Società**") – titolare del trattamento (di seguito, il "**Titolare**") – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario, per le seguenti finalità:

A) per dare corso alle informazioni ed ai servizi richiesti, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Rientra in tale finalità anche l'attività post-vendita legata alla verifica della soddisfazione dell'assicurato relativamente al servizio fornito dalla Società e/o dai suoi intermediari In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

B) Ad eccezione di quelli sensibili, il cui trattamento sarà in ogni caso sempre finalizzato alla sola gestione del rapporto assicurativo con l'interessato, i dati raccolti potranno anche essere trattati, solo nel caso in cui Le venga effettivamente richiesto e Lei esprima il Suo consenso, per finalità dirette all'espletamento da parte del Titolare di attività di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa o di altre società appartenenti al Gruppo Aviva, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (in particolare telefonate con o senza ausilio di operatore, email, fax, sms, mms, social media). Con il consenso dell'interessato il Titolare sarà così in grado di:
   - realizzare ricerche di mercato per finalità promozionali;
   - effettuare indagini statistiche e analisi sui comportamenti dell'interessato;
   - proporre prodotti e servizi che possano essere di interesse per l'assicurato.

   Conseguentemente solo prestando il consenso - che potrà eventualmente esserLe richiesto - Lei potrà ricevere offerte, promozioni ed informazioni che tengano conto dei Suoi interessi e delle Sue esigenze specifiche. Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate dal Titolare - anche a vantaggio di società appartenenti allo stesso Gruppo - dai suoi intermediari, agenti e collaboratori, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (telefono, fax, email sms, social media) avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni ed alle procedure di sicurezza che la Società e, più in generale, il Gruppo Aviva avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza. Questi soggetti svolgono la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei Suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento. Il consenso richiesto riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

2 MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

3 CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'antiriciclaggio, al Casellario Centrale Infortuni, alla Motorizzazione Civile. Viceversa è facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4 RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti, può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato e di fornirLe informazioni su offerte, iniziative e promozioni svolte dal Titolare, dalle società del Gruppo o da società partners.

5 COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, campagne promozionali o di telemarketing o attività esecutive delle stesse, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dello Sviluppo Economico; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.
In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.
Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.
L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva Italia S.p.A. - Servizio Privacy -Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate e potrà in ogni momento esercitare la facoltà di ricevere comunicazioni commerciali attraverso uno specifico canale di comunicazione tra quelli sopra citati nella presente informativa

6 DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7 TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1 nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

8 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4, Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Aviva Italia S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI).

9 TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1. Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.
L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA

AVIVA

AREA CLIENTI **MyAviva**

Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.
Attiva subito il tuo account su **www.aviva.it**
e **accedi alla tua area personale** dove potrai trovare:

- **Le coperture assicurative in essere**
- **Lo stato dei pagamenti e le relative scadenze**
- **Le condizioni contrattuali e i documenti di polizza**
- **...il monitoraggio dei tuoi sinistri**

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

Mod. 12568 - 000 - 07/2017