

CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 2

**CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE DEGLI INFORTUNI
FORMA COMPLETA**

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione copre le persone assicurate per i casi di morte ed invalidità permanente derivanti da infortunio, intendendosi per tale un qualsiasi evento dovuto a causa fortuita, anche violenta, ed esterna.

L'assicurazione vale per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante:

- lo svolgimento delle attività professionali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate, fermo restando quanto sancito dall'Articolo 3 "Aggravamento del rischio" delle Condizioni Generali;
- lo svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

CONDIZIONI GENERALI

Art.1) Dichiarazioni inesatte e reticenze

Gli Assicuratori determinano il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o 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.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga rinnovo o appendice.

Art.2) Forma dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche, proroghe, rinnovi e sostituzioni della presente assicurazione debbono essere provati per iscritto.

Art.3) Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1898 C.C. In caso di recesso gli Assicuratori rimborseranno la parte di premio al netto dell'imposta dalla data in cui la comunicazione del recesso prende efficacia sino alla scadenza del contratto.

Art.4) Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio tale che se fosse stata conosciuta al momento del perfezionamento della assicurazione avrebbe portato alla pattuizione di un premio minore, gli assicuratori ridurranno proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinunciano al diritto di recesso.

Art.5) Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sullo stesso interesse e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato o il Contraente, solo in caso di sinistro, deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art.6) Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente, prima di aver diritto a qualsiasi indennizzo dovrà:

- a) darne avviso agli Assicuratori appena ragionevolmente possibile e comunque, non oltre dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato o il Contraente ne ha avuto conoscenza,
- b) fornire agli Assicuratori o ai periti incaricati quelle informazioni e prove al riguardo che gli Assicuratori possano ragionevolmente richiedere.

Art.7) Recesso in caso di sinistro

Non si applica alla presente polizza.

Art.8) Richiesta fraudolenta

Qualora l'Assicurato o il Contraente avanzasse una richiesta intenzionalmente falsa o fraudolenta, sia per quanto riguarda l'importo richiesto sia altrimenti, egli decadrà dal diritto all'indennizzo di cui alla presente Assicurazione.

Art 9) Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno sarà determinato con le seguenti modalità:

- a) dagli Assicuratori, o da un Perito da questi incaricato con il Contraente o persona da lui designata; oppure, a richiesta di una delle Parti;
- b) fra due Periti nominati uno dagli Assicuratori ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

Nel caso in cui le parti abbiano nominato due periti che non abbiano raggiunto un accordo, questi potranno nominare un terzo Perito e le decisioni saranno prese a maggioranza di voti.

Il terzo Perito, su richiesta anche di uno solo dei periti, dovrà essere nominato anche prima che si verifichi il disaccordo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano su quella del terzo Perito, tali nomine vengono demandate, su iniziativa della parte più diligente, al presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

A richiesta di una delle Parti, il terzo Perito deve essere scelto fuori dalla provincia dove è avvenuto il sinistro. Ciascuna delle parti sostiene la spesa del proprio Perito; quello del terzo è per metà a carico dell'Assicurato che conferisce agli assicuratori la facoltà di pagare detta spesa e di prelevare la sua quota dell'indennizzo dovutogli.

Art.10) Mandato dei periti

I Periti devono:

- a) indagare sulle circostanze di tempo e luogo e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'Art 7.

d) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno e delle spese. Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art.11 lettera b) i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti. I risultati delle suddette operazioni peritali sono vincolanti per le Parti salvo gli errori di conteggio che dovranno essere rettificati. Le Parti rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno. La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia. I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

Art.11) Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, gli Assicuratori provvederanno al pagamento dell'indennizzo entro 60 Giorni.

In caso di accertamento giudiziale del danno, il pagamento dell'indennità resta sospeso sino alla data di esecutività della sentenza.

Art.12) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.13) Rinvio alle norme di legge

Per quanto non diversamente stabilito si applicano le disposizioni di legge italiana.

Art. 14) Decorrenza della assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza stessa; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio , l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art.1 DEFINIZIONI

nel testo che segue si intendono:

Per Contraente:	il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione;
Per Assicurato:	la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Per Beneficiario:	il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità in caso di sua morte;
Per Società	I soggetti che prestano l'assicurazione
Per Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Per Broker:	la Spettabile Aon S.p.A.
Per Premio:	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;
Per Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Per Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Per Indennizzo:	la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
Per Scheda Copertura:	il documento che riporta i dati identificativi del Contraente/Assicurato, le garanzie assicurate, le condizioni ed il periodo di efficacia dell'Assicurazioni.
Per Ricovero:	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Per Istituto di Cura:	La struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Per Franchigia Temporale:	Il periodo di tempo che intercorre tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Per Inabilità Temporanea da Infortunio:	Inabilità totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa

2. ESCLUSIONI

La presente assicurazione non copre:

- a) la morte e l'invalidità permanente da malattia, fatto salvo se non direttamente, intendendosi per malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ferma restando l'operatività della copertura per gli infortuni subiti in occasione di malori, vertigini e simili.
- b) gli infortuni derivanti da:
 -) da guerra e guerra civile, salvo quanto previsto dalla successiva Condizione Particolare "Rischio Guerra"
 -) Suicidio, tentato suicidio od autolesione intenzionale, ferma restando la copertura per gli infortuni determinati da imperizia, negligenza ed imprudenza anche gravi.
 -) Partecipazione attiva dell'Assicurato ad azioni aventi carattere violento, delittuose o sediziose, fatto salvo l'intervento motivato da solidarietà umana.
 -) Uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili a meno che essi non siano stati prescritti da un medico.
 -) Trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche.
 -) Dalla partecipazione a competizioni agonistiche, intendendosi per tali quelle ove l'Assicurato sia ingaggiato dietro corrispettivo in danaro, a meno che detta attività sia dichiarata all'atto della stipula del contratto.
 -) Guida di veicoli o natanti a motore per la quale l'Assicurato non sia in possesso delle abilitazioni previste dalla legge.
 -) Pratica a qualunque titolo di paracadutismo e sport aerei in genere.
 -) Reazioni Nucleari, Radiazioni Nucleari o contaminazioni radioattive

3. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone colpite da alcoolismo, infermità mentali, epilessia, tossicodipendenza e pertanto non saranno risarcibili gli eventuali infortuni dalle stesse subiti.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni, e si procederà al rimborso del premio imponibile pro-rata.

4. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 6 delle Condizioni Generali ("Obblighi in caso di sinistro"), la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere comunicata all'ufficio del Broker presso il quale è stata stipulata la polizza entro 60 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, chi per esso o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità

5. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Gli Assicuratori corrispondono l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio; non sarà pertanto indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche preesistenti.

6. CONTROVERSIE

In caso di divergenze sull'assicurabilità delle persone, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere 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 aventi giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell' Assicurato, presso la sede del Broker al quale è affidata la gestione della polizza o in comune italiano a scelta dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

7. MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano la somma assicurata per il caso morte ai beneficiari designati; in difetto di designazione gli Assicuratori liquidano la suddetta somma agli eredi legittimi o testamentari.

8. MORTE PRESUNTA

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari indicati nel contratto il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei 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 gli Assicuratori hanno pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori avranno diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

9. INVALIDITÀ PERMANENTE (Tabella INAIL)

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per tale titolo l'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella allegata al DPR N. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche, integrata dal Quadro n. 1 di seguito, e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo "Franchigia Relativa per Invalidità Permanente".

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali indicate nella tabella richiamata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita funzionale o anatomica 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 di invalidità permanente non specificati nella richiamata tabella INAIL, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella citata tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Quadro 1 - Specifiche per la perdita anatomica o funzionale / Nessuna Franchigia applicabile

Invalidità Permanente Totale Anatomica o Funzionale		Invalidità permanente totale sulla somma assicurata
Perdita totale della facoltà visiva	un occhio	80%
	entrambi	100%

Sordità completa	un orecchio	50%
	bilaterale	100%
Perdita della favella		100%

13. BENEFICIARI

Beneficiari per il caso di invalidità permanente si intendono gli Assicurati stessi, mentre per il caso di morte gli eredi legittimi e testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del Contraente, degli Assicuratori o del Broker.

14. CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto alle persone indicate al precedente articolo, la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiede rimborso in caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque, se non liquidata, sia stata documentata nella sua entità, gli Assicuratori pagano agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

15. ERNIE DA SFORZI

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui alla presente polizza, si considerano a tutti gli effetti quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, anche se in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:

- se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente pari al 10% della somma assicurata a tale titolo. In caso di contestazione circa la natura dell'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo procedura stabilita all'Articolo 6 "Controversie" delle Condizioni Particolari di polizza;
- se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

16. MASSIMO INDENNIZZO CATASTROFALE

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone Assicurate con la presente polizza, l'esborso a carico degli Assicuratori non potrà superare la somma complessiva di €10.000.000,00 (dicimilioni/00).

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

17. MASSIMO INDENNIZZO PER "CALAMITÀ NATURALI"

Limitatamente agli infortuni derivanti da eruzioni vulcaniche, inondazioni e movimenti tellurici, l'esborso massimo in relazione a questa Assicurazione non potrà superare €10.000.000,00 (decimilioni/00) in conseguenza di un unico evento.

Nel caso quindi di sinistro che colpisca un numero di persone assicurate con la presente polizza comportante un indennizzo complessivamente superiore al predetto massimale, la somma da corrispondere a ciascun infortunato sarà proporzionalmente ridotta.

18. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che le indennità liquidabili ai termini della presente polizza saranno corrisposti in Italia in valuta italiana.

19. BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente e/o (se previsto) dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipula del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, nè riduce lo stesso, sempre che ciò sia avvenuto in buona fede, fermo restando il diritto degli Assicuratori una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza degli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

20.RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni dagli Assicuratori stessi effettuate in virtù del presente contratto.

21.LIMITE DI ETÀ

Salvo se diversamente pattuito, la presente assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 70 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa in tale momento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in ogni caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto delle tasse governative.

CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE

CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI

1.ANTICIPO INDENNIZZO

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro per il caso di invalidità permanente, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno €50.000,00 (cinquantamila/00).

L'obbligo degli Assicuratori verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

2.MALATTIE TROPICALI

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa alle Malattie Tropicali , qualora l'Assicurato comprovi di essersi sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi e vaccinazione.

Fermi restando i criteri tutti di indennizzo di cui alla presente polizza, resta convenuto che agli effetti della presente estensione di garanzia non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore 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.

Rimane inoltre convenuto che in caso di sinistri che colpiscano la Categoria Dirigenti, non troverà applicazione la franchigia prevista dal presente Articolo.

Per malattie tropicali si intendono quelle riconosciute tra la medicina, tra le quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo:

1 - Malaria	ossuriosi, tricocefalosi, flagellosi
2 - Febbre emoglobinurica	25 - Anchilostomiasi
3 - Tripanosomiasi	26 - Bilkarziosi
4 - Liesahamaniosi	27 - Distomiasi varie
5 - Febbre gialla	28 - Cisticerosi
6 - Peste	29 - Broncospirochetosi
7- Tifo petecchiale e febbri tifopetecchiali simili	30 - Trichinosi
8 - Febbri ricorrenti	31 - Malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, ecc.)
9 - Dengue e dengue simili	32 - Sprue
10 - Febbre del Mar Rosso ed affini (massauina etc.)	33 - Morsicature di serpenti e di altri animali velenosi
11 - Meningite cerebro-spinale epidemica	34 - Malattie da veleni vegetali
12 - Morbo di Weil	35 - Malattie da agenti fisici (colpo di calore, colpo di freddo, ecc.)
13 - Soduku	36 - Malattie da ingestione di cibi guasti
14 - Brucellosi (metilense) etc.	37 - Framboesia
15 - Tetano	38 - Lebbra
16 - Morva	39 - Ulcera tropicale
17 - Rabbia	40 - Filariosi
18 - Tifo addominale, paratifi e simili	41 - Miasi
19 - Vaiolo, vaioloide, vaccinia, alatrini	42 - Bubbone climatico
20 - Amebiasi e sue complicanze	43 - Funicolite epidermica
21 - Dissenteria bacillare, da protozoi, da prateminti, da nematelminti da artropodi	44 - Rinocleroma
22 - Colite ulcerosa	45 - Dermatose tropicali di qualunque origine
23 - Colera ed infezioni coleriformi	46 - Micosi
24 - Teniasi, ascaridiosi,	

FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'assicurazione per la garanzia Invalidità permanente da infortunio di cui all'art. "Invalidità Permanente (Tabella INAIL)" viene prestata nei confronti dell'Assicurato fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di Copertura.

L'invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- 3% sulla parte di somma assicurata fino a € 900.000,00

In caso di invalidità permanente superiore al 10% verrà liquidata l'indennità come da tabella seguente:

Percentuale di Invalidità Permanente	
Accertata	Liquidata
11%	9%
12%	11%
13%	13%
14%	14%
15%	15%
16%	16%
17%	17%
18%	18%
19%	19%
20%	20%
21%	22%
22%	24%
23%	26%
24%	28%
25%	30%
26%	32%
27%	34%
28%	36%
29%	38%
30%	40%
31%	42%
32%	44%
33%	46%
34%	48%
35%	50%
36%	63%
37%	66%
38%	69%
39%	72%
40%	75%

41%	78%
42%	81%
43%	84%
44%	87%
45%	90%
46%	93%
47%	96%
48%	99%
49% e oltre	100%

Rimane convenuto che in caso di sinistri risarcibili ai sensi della Condizione Particolare Aggiuntiva "Malattie Tropicali", il disposto di cui al presente articolo non troverà applicazione, e varrà pertanto la franchigia prevista dal suddetto articolo.

5.SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

6.RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata e non) o di insurrezione popolare per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino o dello Stato della Città del Vaticano in un Paese sino ad allora in pace e a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

7.AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO RAPINA, ESTORSIONE, ETC...

Gli Assicuratori pagano ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, che risultino 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, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al successivo articolo.

8.AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO COMMORIENZA CONIUGI

Gli Assicuratori pagano una seconda volta la somma convenuta per il caso di morte ai figli minorenni che risultano beneficiari dell'assicurazione, quando il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato.

9.MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno del 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino al verificarsi del sinistro, o dalla Magistratura), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto od entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione dello stesso, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestososi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché lo stato morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

GARANZIE AGGIUNTIVE

INDENNITÀ GIORNALIERA DI RICOVERO

Se in conseguenza dell'Infortunio l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 120 (centoventi), anche non consecutivi, dal giorno dell'Infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

INDENNITÀ GIORNALIERA DA INGESSATURA

Se in conseguenza dell'Infortunio all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 50 (cinquanta) fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese di cura rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, sostenute entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Il rimborso delle spese comprende:

- a) onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- b) uso della sala operatoria e materiale di intervento;
- c) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- d) medicinali prescritti dal medico curante;
- e) onorari medici;
- f) accertamenti diagnostici;
- g) trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica in autoambulanza;

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione dell'originale dei documenti giustificativi che devono essere presentati entro un mese dal termine della cura.

Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere d) e g) l'onere a carico della Società non potrà superare il 10% della somma massima rimborsabile assicurata.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per la presente garanzia verrà applicata una franchigia di €75,00 (settantacinque/00) per sinistro.

RISCHIO GUERRA

La presente polizza è estesa a risarcire gli infortuni direttamente causati da un atto di guerra (dichiarata o meno), insurrezione, ostilità ed operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere purché l'Assicurato non ne prenda parte attiva.