

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione contrattuale presente nella polizza con il significato loro attribuito dall'Assicuratore.
 (le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza;
Contraente	il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicuratore	Liberty Mutual Insurance Europe SE.;
Assicurazione	il contratto di assicurazione;
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione;
Scheda Tecnica	la scheda facente parte del contratto di assicurazione, dove sono indicati gli estremi della copertura assicurativa (a titolo esemplificativo e non limitativo: nome, cognome e data di nascita dell'Assicurato/i, garanzie prestate, somme assicurate, limiti di indennizzo e franchigie particolari operanti);
Premio	la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente all'Assicuratore;
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
Indennizzo	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro risarcibile ai sensi della presente polizza;
Franchigia	l'importo in cifra fissa - che resta a carico dell'Assicurato - da dedurre dall'ammontare del danno risarcibile;
Attività Professionale	quella inerente al lavoro remunerato;
Day Hospital	la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura;
Ingessatura	mezzo di contenzione costituito da: fasce, docce o altri apparecchi, confezionati con gesso da modellare; contenzione con fasce rigide od altri apparecchi ortopedici immobilizzanti rimovibili unicamente da personale medico – paramedico o, comunque, solo alla fine della cura;
Istituto di cura	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità alla erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Ricovero	la degenza con pernottamento presso un istituto di cura.
Convalescenza a seguito di ricovero	il periodo temporale che si trascorre nei giorni successivi al Ricovero

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge)

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'art. 1901 C.C., l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi. Se alle scadenze convenute il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente/Assicurato paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 2 - DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (vedi oltre Art. 20 Buona fede)

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni diminuzione del rischio. L'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Tale obbligo vale anche, ai sensi dell'art. 1898 C.C., per l'aggravamento del rischio; in tali casi l'Assicuratore avrà il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente Assicurazione dando avviso di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'Assicuratore 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 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

ART. 3 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o l'Assicuratore possono recedere dall'assicurazione. In caso di recesso esercitato dall'Assicuratore questo ha effetto dopo 30 giorni e l'Assicuratore entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La notifica di recesso da parte dell'Assicurato sarà considerata ricevuta se inviata mediante lettera raccomandata indirizzata a LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE SE, 1° piano, Via Fabio Filzi 29, Milano 20124, Italia. La notifica di recesso da parte degli Assicuratori sarà considerata ricevuta se inviata mediante lettera raccomandata indirizzata all'ultimo indirizzo conosciuto dell'Assicurato. Questa clausola prevale sulla Clausola di Intermediario Assicurativo (di cui al seguente Art. 32).

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A meno che non sia specificamente richiesto nella proposta di polizza il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore della presente polizza.

ART. 5 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente/Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Assicuratore.

ART. 6 - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, telefax, o posta elettronica certificata. Per quanto riguarda le comunicazioni al Contraente/Assicurato devono essere inviate all'ultimo indirizzo conosciuto dall'Assicuratore.

ART. 7 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 8 - RINNOVO DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta di una delle Parti, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata tacitamente per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o 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 diversa durata, nel qual caso esso si riferisce al periodo di assicurazione specificato nel Modulo di polizza.

ART. 9 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne danno comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvedono al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta europea (Euro).

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia a favore del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'art. 1916 C.C. verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio causato alle persone assicurate con il presente contratto.

ART. 11 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nello svolgimento:

- delle attività professionali principali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'Assicuratore prima, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;

- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale

ferme le Esclusioni di cui al seguente Art. 13.

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a) le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale (fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa"), a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 13 Esclusioni lettera c) e d));
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Art. 26);
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- p) gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del **Contraente/Assicurato**;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r) l'Assicuratore in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
- s) gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa";
- t) Gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport eccettuati quelli specificatamente esclusi all'Art. 13 Esclusioni.

ART. 12 - ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione, si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, con l'intesa che:

- a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita oltre;
- b) 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.

ART. 13 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni:

- a) derivanti da suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- b) derivanti da uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- c) derivanti da guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- d) derivanti da partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- e) derivanti da pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- f) derivanti da partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- g) derivanti da ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 11; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione;
- h) derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, bob sledging e lo sci-joring nonché utilizzo di luge, bob, skeletons o slitta trainata da cani;
- i) derivanti e/o riconducibili a patologie e/o condizioni preesistenti alla decorrenza contrattuale.
Si intendono inoltre esclusi:
- j) gli infarti;
- k) l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo;
- l) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa

Ferme le altre condizioni di polizza e modificazioni della stessa, si concorda che il presente contratto di Assicurazione esclude danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;
13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

- » per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare i governi e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche

- soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;
- » per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;
 - » per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;
 - » per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Esclusi dalla presente copertura assicurativa s'intendono inoltre i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15).

Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

Esclusione per contaminazione Nucleare

Questa Assicurazione esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
2. esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata.

ART. 14 - MORTE

(Valida solo se espressamente indicata nella scheda tecnica e se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquiderà la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, in difetto di designazione l'Assicuratore liquiderà la detta somma agli eredi.

ART. 14BIS - RIMPATRIO DELLA SALMA

(Valida solo se l'Assicurazione è prestata per il caso Morte)

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, l'Assicuratore corrisponderà, fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per ogni assicurato, il rimborso delle spese sostenute, in caso di decesso, per il rimpatrio della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura in Italia. L'Assicuratore effettuerà il rimborso agli aventi diritto, previa presentazione in originale dei giustificativi di spesa debitamente quietanzati.

ART. 15 - MORTE PRESUNTA

(Valida solo se l'Assicurazione è prestata per il caso Morte)

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali 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 ai termini degli artt. 60 e 62 C.C..

Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro sei mesi dalla data del sinistro il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, l'Assicuratore corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte (art. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore ha diritto all'immediata restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere gli eventuali diritti derivatigli dalla polizza.

ART. 16 - 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, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto alle altre persone indicate nell'Art. 25 Condizioni Generali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiederanno il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente da un infortunio la cui indennità sia stata concordata o offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

(Valide solo se espressamente indicate nella scheda tecnica e se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida a tale titolo un'indennità calcolata in percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente totale secondo quanto previsto dalla tabella delle percentuali di Invalidità Permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni e con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL) ma fermo restando l'applicazione della franchigia richiamata nella SCHEDA TECNICA di copertura e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.

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 sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà della percentuale stabilita per il pollice, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività generica lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di Invalidità Permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, l'Assicuratore liquiderà una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 12.500,00.

ART. 17BIS - FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE

Qualora non diversamente stabilito e concordato, le somme assicurate per Invalidità Permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia articolata come segue, da applicarsi sulla somma assicurata:

- 3% per somme assicurate sino ad Euro 517.000,00; la franchigia si azzerà per invalidità permanente uguale o superiore al 10%;
- 5% per somme assicurate eccedenti Euro 517.000,00 e sino ad Euro 775.000,00;
- 10% per somme assicurate eccedenti Euro 775.000,00 e sino ad Euro 1.292.000,00;
- 15% per somme assicurate eccedenti Euro 1.292.000,00 e sino ad Euro 1.650.000,00;
- 20% per somme assicurate eccedenti Euro 1.650.000,00 e sino ad Euro 2.000.000,00.

Qualora, in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti una Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la somma assicurata per il caso Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

ART. 18 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione, di cui all'art. 17, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 19 - ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della definizione del sinistro, 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 riserve o contestazioni sull'indennizzabilità o quantificazione del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno Euro 100.000,00.

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

ART. 20 - BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, sempreché ciò sia avvenuto in buona fede, non pregiudicheranno il diritto all'indennità, fermo restando il diritto dell'Assicuratore, 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 state conosciute dall'**Assicuratore** o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

ART. 21 - LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annua, successivamente alla quale cessa senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta e ciò in deroga a quanto previsto dal precedente Art. 8 Rinnovo del Contratto.

ART. 22 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura, l'Assicuratore rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'**Assicuratore entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, questo ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.**

Per presentare denuncia di sinistro l'Assicurato e/o il Contraente dovranno trasmettere la necessaria documentazione, come previsto agli Artt. 6 e 32 delle Condizioni Generali, al proprio intermediario assicurativo oppure direttamente all'Assicuratore ai seguenti recapiti:

Via Fabio Filzi 29, Milano (MI), 20124

Fax +39 02 2626 0935

sinistri.lsm@legalmail.it

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Il decorso delle lesioni subite dovrà essere documentato da eventuale ulteriore certificazione medica successiva alla denuncia dell'evento fino alla guarigione clinica.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso all'Assicuratore. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato – salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione - fatta eccezione per i medici designati dagli Assicuratori.

Se dolosamente non vengono adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità. Se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, gli Assicuratori hanno il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 24 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi dei precedenti Artt. 18 e 22 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o al luogo di residenza dell'Assicuratore che gestisce la polizza.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni.

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

ART. 25 - BENEFICIARI

Beneficiari in caso di morte ed in caso di Invalidità Permanente si intendono:

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici dell'Assicuratore;
- in caso di Invalidità Permanente gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato che dal Contraente.

ART. 26 – RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota od altro 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 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.

In ogni caso l'Assicuratore non corrisponderà un importo superiore ad Euro 10.000.000,00 per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del sinistro. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato le indennità spettanti saranno adeguate, in caso di sinistro, con riduzione e imputazione proporzionale.

ART. 27 – LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico dell'Assicuratore non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00 (Euro diecimilioni).

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

ART. 28 - DANNO BIOLOGICO

La presente assicurazione non risarcisce l'indennizzo del danno biologico, definito come lesione all'integrità psicofisica della persona.

ART. 29 - RICHIESTA FRAUDOLENTA

Qualora il Contraente o l'Assicurato 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. 30 CLAUSOLA DI ESCLUSIONE MATERIALI CHIMICI E BIOLOGICI

Si conviene che la presente assicurazione esclude ogni perdita, danno, costo o spesa di qualsiasi genere cagionato direttamente o indirettamente o derivante da o connesso con l'uso o la minaccia dell'uso doloso di materiale patogeno o tossico sia chimico che biologico in relazione al quale ed indipendente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisse insieme con altri eventi o in qualsiasi altra sequenza.

ART. 31 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE IN PRESENZA DI SANZIONI

Nessun Assicuratore sarà tenuto a fornire copertura assicurativa e nessun Assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura assicurativa, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

ART. 32 CLAUSOLA INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

Con la sottoscrizione della presente polizza il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato l'incarico all'intermediario assicurativo indicato nella stessa, di rappresentarlo ai fini della presente polizza.

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata all'Intermediario all'Assicuratore si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dall'Intermediario del Contraente/Assicurato all'Assicuratore si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

CONDIZIONI SPECIALI

(Valide unicamente se richiamate nella scheda tecnica)

ART. 1 - INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE

A parziale deroga dell'Art. 25 delle condizioni generali di polizza, poiché la presente assicurazione è stipulata dal **Contraente** per garantirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, dal danno economico che allo stesso possa derivare da infortuni subiti dalle persone indicate in polizza come **Assicurati**, si conviene che:

a) **rapporti fra l'Assicuratore e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente;**
b) **le indennità liquidate a termini di polizza verranno versate unicamente al Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Assicuratore.**

Agli effetti del disposto di cui all'Art. 1919 C.C. la **Contraente** dichiara che gli Assicurati hanno dato il proprio consenso alla conclusione del presente contratto.

La mancanza di tale consenso, che dovrà essere provata per iscritto, comporterà che l'indennizzo sarà liquidato all'Assicurato o ai suoi eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 2 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale.

ART. 3 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità. L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Valide solo se espressamente indicate nella scheda tecnica e se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

ART. 1 - Inabilità Temporanea da Infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni dichiarate, l'Assicuratore liquida l'indennità assicurata:

- 1) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- 2) al 50% di quanto sopra per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea, viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle Condizioni Generali di polizza (dedotta la franchigia come indicata nella SCHEDA TECNICA) o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (dedotta la franchigia come indicata nella SCHEDA TECNICA) e cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante da certificato medico, o in mancanza di tale certificato viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Morte o Invalidità Permanente ferma la clausola qui di seguito riportata:

Clausola Inabilità Temporanea

Nel caso in cui un sinistro provochi nello stesso tempo una Inabilità Temporanea da Infortunio ed una Invalidità Permanente da Infortunio ed a condizione che sia richiesto all'Assicuratore l'indennizzo di entrambe le garanzie, la franchigia relativa all'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio verrà incrementata a 21 giorni a meno che il sinistro in oggetto abbia provocato un'invalidità permanente superiore al 10%. In questo ultimo caso non si effettuerà nessuna modifica alla sopra citata franchigia.

Inoltre, la garanzia di Inabilità Temporanea da Infortunio sarà riconosciuta esclusivamente nel caso in cui l'infortunio abbia tutti i requisiti contemplati nella definizione di polizza alla voce "Infortunio", e non si procederà al riconoscimento di alcuna Inabilità Temporanea da Infortunio quando l'infortunio sia oggetto di preesistenze e/o situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto.

ART. 2 - Indennità giornaliera in caso di ricovero, ingessatura e convalescenza a seguito di ricovero

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza:

A - L'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura, l'Assicuratore liquiderà una indennità per ogni giorno di ricovero con il limite giornaliero stabilito nella SCHEDA TECNICA e per un periodo massimo di 180 giorni per evento - anche se non consecutivi - da quello del primo ricovero.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'Assicurato ha in corso con l'Assicuratore.

Pertanto, in caso di denuncia di sinistro, il Contraente dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'Assicurato e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennità sarà adeguata con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

L'Assicuratore, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione dei documenti giustificativi, corrisponde anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

In caso di Day Hospital, l'Assicuratore liquida una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in Istituto di Cura.

B - Viene applicato all'Assicurato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, l'Assicuratore liquiderà una indennità pari al limite giornaliero stabilito nella SCHEDA TECNICA - per un periodo massimo di 90 giorni - fino alla rimozione di suddetti mezzi.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dalla precedente lettera "A" per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'applicazione rigida con le medesime modalità di cui al paragrafo "A" che precede.

C - Se in conseguenza di un ricovero ospedaliero come definito nell'articolo precedente, all'Assicurato viene prescritto, dal medico che lo ha seguito durante il ricovero, un periodo di convalescenza da trascorrere presso il proprio domicilio o residenza, l'Assicuratore liquiderà un'indennità per ogni giorno di convalescenza con il limite giornaliero di €. (Vedi SCHEDA TECNICA) e per un numero massimo di 60 giorni per evento.

Quando la presente indennità viene venduta a se stante (quindi senza ricovero ospedaliero) la franchigia è pari ad un giorno.

Resta convenuto che la presente indennità non si può cumulare con il beneficio indennità giornaliera da ingessatura.

ART. 3 - Rimborso Spese mediche da infortunio

L'Assicuratore rimborserà agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente Assicurazione, il costo delle spese mediche sostenute, sino alla concorrenza dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;

La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata all'Assicuratore entro un mese dal termine della cura medica. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, l'Assicuratore effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia ed in valuta Europea al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi. Il rimborso sarà effettuato all'Assicurato o, in caso di sua morte, ai suoi beneficiari.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente e come comunque riportato all'Art 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui l'Assicuratore sarà tenuto, qualsiasi sia il numero dei sinistri.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di Euro 155,00 (a meno che non sia diversamente stabilito nella SCHEDA TECNICA) per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Limitatamente alla presente condizione speciale non è operante l'Art. 10 (Rinuncia al diritto di rivalsa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 4 - Garanzia di Invalidità Permanente conseguente a Malattia

LA PRESENTE GARANZIA SI INTENDE VALIDA ED OPERANTE SOLO SE RILASCIATA CONGIUNTAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.

Le Condizioni Particolari che seguono prevalgono, in caso di discordanza, sulle Condizioni Generali della presente polizza.

1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Questa estensione è prestata esclusivamente per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia manifestatasi **unicamente durante il periodo di validità del presente contratto.**

2) DEFINIZIONE DI MALATTIA E DI INVALIDITÀ PERMANENTE

È considerata **malattia** ogni alterazione corporale obiettivamente constatabile dello stato di salute non dipendente da infortunio e che si sia manifestata **per la prima volta durante il periodo di validità di questo contratto e che risulti in una Invalidità Permanente la quale deve essere accertata entro e non oltre due anni dalla data della denuncia.**

È considerata **Invalidità Permanente** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa dell'Assicurato indipendentemente dalla propria attività/professione.

3) ESCLUSIONI per la GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente od indirettamente, da:

- malattie dell'Assicurato manifestatesi precedentemente alla stipulazione della presente polizza;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dolo dell'Assicurato.

4) PERSONE NON ASSICURABILI PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 64 (sessantaquattro) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 64 (sessantaquattresimo) anno di età **e questo in deroga all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione;**
- per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una delle predette condizioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima diagnosi.

5) CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

- In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 24%(ventiquattroper cento) l'Assicuratore liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla seguente tabella. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 24% della totale.

A = % INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA

B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	A	B	A	B
Fino a 24	0	39	37	54	67
25	9	40	39	55	69
26	11	41	41	56	71
27	13	42	43	57	73
28	15	43	45	58	76
29	17	44	47	59	79
30	19	45	49	60	82
31	21	46	51	61	85
32	23	47	53	62	88
33	25	48	55	63	91
34	27	49	57	64	94
35	29	50	59	65	97
36	31	51	61	66 e oltre	100
37	33	52	63		
38	35	53	65		

- La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle single percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

- c) In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi del presente articolo sulla natura o sulle conseguenze della malattia e/o sul grado di Invalidità Permanente, vale quanto previsto dall'Art. 24 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

6) ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennità è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Assicuratore, fornire agli stessi ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

7) DIRITTO ALL'INDENNITÀ PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga ai beneficiari dell'Assicurato l'indennizzo valutato come previsto dal comma b) dell'Art. 5 - Criteri e termini di liquidazione per la garanzia Invalidità permanente da Malattia.

8) DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.

L'Assicurato deve denunciare all'Assicuratore, a mezzo lettera raccomandata, il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto.

L'Assicuratore si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

I recapiti per la presentazione della denuncia devono intendersi i medesimi riportati all'Art. 23 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 5 - Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore –

(Questa clausola si intende estesa al mondo intero ad esclusione dei paesi indicati nell'allegata lista)

Ferme le altre condizioni di polizza e a parziale deroga della "Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa" si estende l'Assicurazione a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato:

1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. Invasioni;
3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. Guerra civile;
5. Sommosse;
6. Ribellioni;
7. Insurrezioni;
8. Rivoluzioni;
9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta;
11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. Esplosioni di armi da guerra;
13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
14. Attività terroristica
fermo restando che,
 - a) i soggetti Assicurati non partecipino attivamente ad alcuno degli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14) e
 - b) che nessuno dei punti sopra elencati da (1) a (14) siano la conseguenza dell'utilizzazione di armi nucleari, chimiche e biologiche a distruzione di massa in qualsiasi forma esse siano utilizzate e/o combinate tra loro e
 - c) che la presente estensione e' soggetta ai termini e condizioni della clausola "Limited war exclusion clause".

Ai fini della presente estensione:

Per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da un gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i.

Per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa, si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività e con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali.

Per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto, solido, liquido o gassoso che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa, si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie) micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Fermo restando quanto sopra indicato, l'Assicuratore si riserva il diritto di concedere all'Assicurato un preavviso di 168 ore per la notifica dell'annullamento dell'inclusione di uno o tutti i rischi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14). Tale notifica sarà ritenuta debitamente ricevuta da parte dell'Assicurato all'ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dall'intermediario che avrà negoziato la polizza direttamente con l'Assicuratore.

Clausola di Limitata Esclusione di Stato di Guerra [Limited War Exclusion Clause]

(Assicurazione Infortunio o Assicurazione contro le malattie)

Fermo restando quanto contrario al contenuto della presente polizza, la presente polizza assicurativa non copre danni conseguenti a:

stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni applicative condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i paesi sopra elencati o loro forze armate.

Lista dei Paesi esclusi per i Rischi Italiani.

1. Afghanistan
2. Libia
3. Chechnya
4. Egitto (Sinai)
5. Iran
6. Iraq
7. Mali
8. Mozambico
9. Nigeria
10. Repubblica Centrafricana
11. Repubblica Democratica del Congo
12. Siria
13. Sudan
14. Sud Sudan
15. Yemen
16. Zimbabwe
17. Siria

<p>Data</p> <p>.....</p>

<p>L'Assicurato/Contraente</p> <p>.....</p>

CLAUSOLE VESSATORIE

(Clausole da approvare esplicitamente per iscritto)

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 1 Decorrenza dell'Assicurazione;
- Art. 2 Diminuzione e/o Aggravamento del Rischio;
- Art. 3 Recesso;
- Art. 7 Validità Territoriale;
- Art. 8 Rinnovo del Contratto
- Art. 12 Ernie
- Art. 13 Esclusioni
- Art. 17BIS Franchigie per Invalidità Permanente
- Art. 18 Criteri di Indennizzabilità
- Art. 21 Limiti di Età
- Art. 22 Persone non assicurabili;
- Art. 23 Denuncia dell'Infortunio ed Obblighi Relativi.
- Art. 24 Controversie sull'Assicurabilità delle Persone e sulle Conseguenze delle Lesioni
- Art. 26 Rischio Volo
- Art. 27 Limitazione della Garanzia per Sinistri Catastrofali
- Art. 28 Danno Biologico
- Art. 29 Richiesta Fraudolenta
- Art. 30 Clausola di esclusione materiali chimici e biologici
- Art. 31 Clausola di Limitazione ed Esclusione in presenza di Sanzioni

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Particolari di Assicurazione:

Articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 8 relative alla Garanzia Invalidità Permanente conseguente a Malattia;

Data
.....

L'Assicurato/Contraente
.....