

## **sara assicurazioni**

Assicuratrice ufficiale  
dell'Automobile Club d'Italia

# **Infortuni cumulativa**

il contratto di assicurazione infortuni

## **Fascicolo Informativo**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

**a) Nota Informativa comprensiva del glossario**

**b) Condizioni di assicurazione : mod. 61B**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa**

Modello 611C edizione 03/2011



## NOTA INFORMATIVA - PRODOTTO

(Regolamento ISVAP n° 35 del 2010)

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.**

**Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

**Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società [www.sara.it](http://www.sara.it)**

### Informazioni relative all'Impresa

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI.

Tel. +39 06 8475.1 -FAX +39 06 8475223 -Sito Internet: [www.sara.it](http://www.sara.it) -Indirizzo e-mail: [info@sara.it](mailto:info@sara.it)

### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2009

- Patrimonio netto: 353.000.000
- Capitale sociale : 55.000.000
- Totale delle riserve patrimoniali: 328.000.000
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 2,45 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

### INFORMAZIONI SPECIFICHE SUL CONTRATTO INFORTUNI CUMULATIVA

**Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.**

### DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art. 1.9 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione", della normativa di polizza.

**Per i contratti di durata poliennale è prevista per il Contraente la facoltà di recedere da contratto alle scadenze annuali di polizza senza oneri a suo carico. Il recesso andrà inviato tramite lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.** Per i contratti di durata inferiore all'anno, non è previsto l'operatività dell'istituto del tacito rinnovo.

### COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Morte Art. 2.9

Invalità permanente Art. 2.10

Inabilità temporanea Art. 2.13

Rimborso spese sanitarie Art. 2.14

Ricovero e convalescenza Art. 2.15

Applicazione apparecchio gessato Art. 2.16

Rendita vitalizia Art. 2.17

**La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli artt. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 1.3 Altre assicurazioni, 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, 1.6 Aggravamento del rischio, 2.2. Rischi esclusi, 2.3 Rischio volo, 2.4 Rischio guerra o insurrezione, 2.7 Persone non assicurabili, 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi, 2.25 Variazioni nelle persone assicurate, 2.27 Coesistenza di polizza R.C., 2.28 Regolazione del premio, 3.1 Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi professionali, 3.3 Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extraprofessionali, 3.6 Amministratori – rischi della carica, 3.7 Addetti ai fabbricati, 3.12 Esonero della denuncia di infermità, 3.18 Rischio conducente, della normativa di polizza.**

**La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli artt. 2.3 Rischio volo, 2.5 Infortuni determinati da calamità naturali, 2.6 Lesioni speciali, 2.12 Franchigia assoluta ed indifferenziata sulla invalidità permanente, 2.13 Inabilità temporanea – Limitazioni, 2.14 Rimborso Spese Sanitarie, 2.15 Ricovero e convalescenza, 2.16 Applicazione apparecchio gessato, 3.3 Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extraprofessionali 3.9 Dirigenti di imprese industriali, 3.13 Garanzia integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il contraente, 3.16 Modifica**

## NOTA INFORMATIVA - PRODOTTO

della franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente (ed in particolare artt. 3.16.1 Forma con esclusione della franchigia iniziale, 3.16.2 Forma con franchigia assoluta del 5%, 3.16.3 Forma con franchigia iniziale del 5%, relativa al 15%), 3.19 Malattie professionali, della normativa di polizza. Anche altre limitazioni di copertura.

### Esempio di liquidazione indennizzo:

Garanzie prestate:

|  |              |
|--|--------------|
| Invalidità Permanente  | € 150.000,00 |
| ipotizzando la formulazione con franchigia iniziale del 3% (ex art. 2.12 - Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente); |              |
| Rimborso Spese Sanitarie   | € 10.000,00  |
| Inabilità Temporanea   | € 30,00      |

Si verifica un sinistro indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- un'invalidità permanente totale accertata dell'18%;
- un'inabilità temporanea totale quantificata in 20 giorni;
- spese per prestazioni sanitarie (rientranti nell'elenco ex art. 2.14 - Rimborso spese sanitarie) non avvenute durante il ricovero per un totale di 8.500,00.

L'ammontare dell'indennizzo spettante sarà pari ad **€ 28.770,00**, così di seguito composto:

#### Invalidità permanente:

|   |             |
|---|-------------|
| sulla prima parte di somma assicurata fino 104.000,00 € (franchigia 3%)                             | € 15.600,00 |
| sulla parte di somma assicurata eccedente i primi 104.000,00€ e fino a 150.000,00 € (franchigia 5%) | € 5.980,00  |

**Totale indennizzo per Invalidità permanente:** € 21.580,00

#### Inabilità temporanea:

**Totale indennizzo per Inabilità temporanea (franchigia 7 giorni):** € 390,00

#### Rimborso spese sanitarie:

**Totale indennizzo per Rimborso spese sanitarie (scoperto 20%):** € 6.800,00

**TOT: € 28.770,00**

### DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

**In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società 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. 1.1 della normativa di polizza.**

**Si richiama anche l'Art. 1.3 Altre assicurazioni, della normativa di polizza**

### AGGRAVAMENTO, DIMINUZIONE DEL RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (con particolare riferimento al cambio di attività professionale dichiarata) e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c. Vedasi artt. 1.6, 1.7 della normativa di polizza.

A titolo di esempio, nel prodotto "Infortuni cumulativa", circostanza di aggravamento/diminuzione del rischio è la variazione dell'attività lavorativa dei soggetti assicurati. Vedasi Artt. 1.6, 1.7 della normativa di polizza.

### PREMIO

**Il premio di polizza può essere annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali senza oneri aggiuntivi. E' altresì prevista la possibilità di effettuare il versamento di un premio unico anticipato.**

### MEZZI DI PAGAMENTO

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;

b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;

c) denaro contante per premi di importo non superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Il denaro contante potrà tuttavia essere utilizzato per il pagamento di premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per le coperture del

ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto.

Presso le Agenzie della Sara assicurazioni abilitate è possibile il pagamento dei premi con Carta BancaSara. Alcune Agenzie possono accettare, oltre quelle sopra elencate, forme di pagamento elettronico mediante circuiti individualmente convenzionati dall'Agente.

### ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento.

Vedasi art. 3.17 Indicizzazione della normativa di polizza.

### RECESSO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro, della normativa di polizza. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

### TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

### LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato; in tal caso il diritto sostanziale applicabile in caso di controversia sarà quello della legislazione prescelta.

### REGIME FISCALE

Il contratto prevede la garanzia infortuni per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Infortuni 2,50%

### LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il sinistro (vedi definizione sul Glossario) insorge per la garanzia Morte al momento del decesso dell'assicurato, o nel caso in cui il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termine degli artt. 60, e 62 c.c.; per la garanzia Invalidità permanente e per la Rendita vitalizia con lo stabilizzarsi dei postumi ai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza, vedi art. 2.11 Tabella: Percentuali per la valutazione del grado di invalidità permanente, nella normativa di polizza; relativamente alle garanzie Inabilità temporanea, Rimborso spese di cura, Ricovero e convalescenza, Indennità di apparecchio gessato, nel momento in cui si avverano le condizioni descritte in polizza relativamente alle su dette garanzie.

**Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro**, regolati all' art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi, della normativa contrattuale. L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi, della normativa di polizza. In caso di presenza di postumi di Invalidità permanente potrebbe essere richiesto all'assicurato di sottoporsi a visita medica. Non sono previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

**Relativamente alla liquidazione dell'indennizzo** si rimanda agli artt. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi, 2.19 Criteri di indennizzabilità, e 2.21 Pagamento dell'indennizzo, 2.28 Regolazione del premio, della normativa contrattuale.

### RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a SARA assicurazioni spa – Gestione Reclami, via Po 20, 00198 Roma, telefax 06/8475254, e-mail gest.reclami@sara.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

### ARBITRATO

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri, nonché sul grado di invalidità permanente e/o sulla durata dell'inabilità temporanea, possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Art. 2.20 della normativa di polizza.

**In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**

### GLOSSARIO

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione;

**Beneficiario:** gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

**Contraente:** il soggetto che stipula il contratto;

**Franchigia:** la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;

**Gessatura:** l'apparecchiatura per immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;

**Inabilità Temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;

**Indennizzo / indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

**Intervento chirurgico:** intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

**Invalidità permanente:** la perdita definitiva, a seguito di infortunio in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

**Istituto di cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

**Malformazione / difetto fisico:** ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

## NOTA INFORMATIVA - PRODOTTO

**Massimale:** la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;

**Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche

**Ricovero diurno (Day-Hospital):** la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

**Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro;

**Scoperto:** l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato;

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

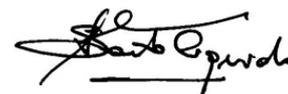
**Stato patologico:** ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

**Società:** SARA assicurazioni S.p.A.;

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa e' responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante  
Legale Alessandro  
Santoliquido





# **Infortuni Cumulativa**

## **Norme che regolano il contratto**

Mod. 61/B Ed. 03/2011

## **INDICE**

|                               |      |    |
|-------------------------------|------|----|
| <i>Definizioni</i>            | pag. | 3  |
| NORME CHE REGOLANO:           |      |    |
| - L'ASSICURAZIONE IN GENERALE | pag. | 4  |
| - L'ASSICURAZIONE INFORTUNI   | pag. | 5  |
| CONDIZIONI PARTICOLARI        | pag. | 15 |

**Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto, contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico della contraente o dell'Assicurato**

## DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Beneficiari:** gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **Day-Hospital:** degenza diurna senza pernottamento in istituto di cura documentata da cartella clinica
- **Franchigia:** la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- **Gessatura:** l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenute con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;
- **Inabilità Temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività dichiarate in polizza;
- **Indennizzo:** la somma dovuta alla Società in caso di sinistro;
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;
- **Invalidità permanente:** la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Istituto di cura:** l'ospedale o la clinica universitaria, la casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno, nonché la case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- **Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Polizza:** i documenti che provano l'assicurazione;
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- **Ricovero:** la permanenza in Istituto di cura con pernottamento, documentata da cartella clinica;
- **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro;
- **Scheda di polizza:** il documento - Mod. 61/A - che riporta gli elementi essenziali dell'assicurazione, quali i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni del Contraente, il premio, i dati identificativi del rischio assicurato, le eventuali Condizioni Particolari e Aggiuntive, la sottoscrizione delle Parti;
- **Scoperto:** l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Società:** la SARA assicurazioni S.p.A.

## **1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'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 ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C. C..

### **1.2 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O PER CONTO ALTRUI**

La presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui; in tal caso gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C..

### **1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

### **1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

### **1.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

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

### **1.6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accertati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C. C..

### **1.7 - 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 o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C. C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **1.8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro, denunciato e indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

### **1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od 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 minore durata, nel quale caso esso coincide con la durata del contratto.

**Per i contratti di durata poliennali è prevista per il Contraente la facoltà di recedere dal contratto alle scadenze annuali di polizza senza oneri a suo carico. Il recesso andrà inviato tramite lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.**

### **1.10 - ONERI FISCALI**

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

### **1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

### **1.12 – MEDIAZIONE**

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione.

Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet [www.sara.it](http://www.sara.it).

Elenco degli organismi di mediazione:

|   | Denominazione  | Riferimenti  |
|---|--|--|
| 1 | Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane | <a href="http://www.camcom.gov.it">www.camcom.gov.it</a> |
| 2 | ADR Center   | <a href="http://www.adrcenter.com">www.adrcenter.com</a> |

## **2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

### **Oggetto e delimitazione dell'assicurazione**

#### **2.1 - RISCHI ASSICURATI**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) la folgorazione;
- f) le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione delle malattie di cui gli insetti siano portatori necessari;
- g) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- h) gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- i) gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- j) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi indicati ai successivi punti 2.3 "Rischio volo" e 2.4 "Rischio guerra e insurrezione", nei limiti e con le modalità ivi precisate.

#### **2.2 - RISCHI ESCLUSI**

**Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:**

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
  - b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio - salvo quanto disposto dal successivo art. 2.3;
  - c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
  - d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
  - e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
  - f) da guerra o insurrezione, salvo quanto disposto dal successivo art. 2.4;
  - g) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- h) dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore. Si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali ad esempio autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.Lgs. 7 settembre 2005 n.209 e successive modificazioni;
- i) dalla pratica dello sport del paracadutismo, nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- l) dalla pratica dei seguenti sport: bob, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scalata di rocce o ghiacciai, gare di sci in discesa libera, speleologia, pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni subacquee con autorespiratore, snowboard, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate (rafting).
- m) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri e ciclismo;
- n) di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata. Rientrano in tale definizione anche le attività sportive ove l'assicurato percepisca una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

**Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplezia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quelle di origine traumatica, secondo quanto previsto dal punto 2.6 "Lesioni speciali" che segue.**

### **2.3 - RISCHIO VOLO**

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di Aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

**La somma delle garanzie previste dalla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:**

a) per persona:

€1.040.000,00 per il caso di Morte;

€ 1.040.000,00 per il caso di invalidità Permanente totale;

€ 259,00 per il caso di Inabilità Temporanea;

b) complessivamente per aeromobile:

€5.170.000,00 per il caso di Morte;

€5.170.000,00 per il caso di Invalidità Permanente totale;

€5.170,00 per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

**La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.**

### **2.4 - RISCHIO GUERRA E INSURREZIONE**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.2 lettera f) sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da guerra o da insurrezione che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

**La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.**

### **2.5 – INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITA' NATURALI**

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di €2.600.000,00 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

### **2.6 LESIONI SPECIALI**

#### **a. Ernie traumatiche**

La garanzia comprende le ernie di origine traumatica che comportino ricovero o intervento chirurgico. La Società corrisponde una diaria di € 100,00 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 300,00 ed un massimo di € 1.000,00 per sinistro.

#### **b. Lesioni del tendine di Achille**

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non) la Società, derogando all'art. 2.19 "Criteri di indennizzabilità", per la sola garanzia di Invalidità permanente, riconosce un grado di Invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste.

## **2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI**

**Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.**

## **2.8 - VALIDITA TERRITORIALE**

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

## **Casi assicurabili e limitazioni**

### **2.9 - MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C. C..

Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

### **2.10 – INVALIDITA' PERMANENTE**

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

a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencati nella tabella sotto riportata all'art. 2.11.

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

c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella di cui all'art. 2.11, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- Nel caso di minorazioni, anziché di perdita di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella suddetta tabella, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni, di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella suddetta tabella e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di prestiti correttivi.

## 2.11 - TABELLA: PERCENTUALI PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE

|  | Destro | Sinistro                |
|--|--------|-------------------------|
| Perdita totale, anatomica o funzionale di:   |        |                         |
| - 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 ungueale del pollice   | 9%     | 8%                      |
| - una falange di altro dito della mano   |        | 1/3 del valore del dito |
| Anchilosi:   |        |                         |
| - una falange di altro dito della mano   |        | 1/3 del valore del dito |
| - della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola                             | 25%    | 20%                     |
| - del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera                                   | 20%    | 15%                     |
| - del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera  | 10%    | 8%                      |
| Paralisi completa:   |        |                         |
| - del nervo radiale  | 35%    | 30%                     |
| - del nervo ulnare   | 20%    | 17%                     |
| Perdita anatomica o funzionale 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%                     |
| Perdita anatomica o funzionale di:- un piede   |        | 40%                     |
| - ambedue i piedi  |        | 100%                    |
| - un alluce  |        | 5%                      |
| - un dito del piede diverso dall'alluce  |        | 1%                      |
| - falange ungueale dell'alluce   |        | 2,5%                    |
| Anchilosi:   |        |                         |
| - dell'anca in posizione favorevole  |        | 35%                     |
| - del ginocchio in estensione  |        | 25%                     |
| - della tibio-tarsica ad angolo retto  |        | 10%                     |
| - della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgica   |        | 15%                     |
| Sordità completa di:   |        |                         |
| - un orecchio  |        | 10%                     |
| - ambedue gli orecchi  |        | 40%                     |
| Stenosi nasale assoluta:   |        |                         |
| - monolaterale   |        | 4%                      |
| - bilaterale   |        | 10%                     |
| Perdita anatomica di:  |        |                         |
| - un rene  |        | 15%                     |
| - della milza senza compromissioni significative della crasi ematica   |        | 8%                      |
| Paralisi completa:   |        |                         |
| - del nervo sciatico popliteo esterno  |        | 15%                     |
| - 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%                      |
| - 12° dorsale  |        | 10%                     |
| - una vertebra lombare   |        | 10%                     |
| Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo: |        | 2%                      |
| Esiti di frattura del sacro  |        | 3%                      |
| Esiti di frattura del coccige con callo deforme  |        | 5%                      |

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- |                     |      |
|---------------------|------|
| - un occhio         | 25%  |
| - ambedue gli occhi | 100% |

## 2.12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA E DIFFERENZIATA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente verrà calcolato con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 104.000,00, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 104.000,00 e fino a € 207.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000,00, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- quando l'invalidità permanente è in grado pari o superiore al 25% della totale l'indennizzo verrà corrisposto senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c).
- Il diritto all'indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

## 2.13 - INABILITA TEMPORANEA - LIMITAZIONI

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata;

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

**L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a partire dall'ottavo giorno successivo a quello dell'infortunio e per un periodo massimo di 180 giorni; esso è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.**

## 2.14 - RIMBORSO SPESE SANITARIE

Per la cura delle lesioni causate da infortunio la Società rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata - le spese effettivamente sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- visite mediche e specialistiche, consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- prestazioni infermieristiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rete di degenza;
- trasporto dell'assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro;
- cure mediche e trattamenti fisioterapeutici rieducativi;
- cure e protesi odontoiatriche rese necessarie da infortunio, con l'intesa che le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nella protesi sono rimborsabili fino a concorrenza di € 1.040,00 e non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

**Per le prestazioni sanitarie sopra elencate che non risultino effettuate durante il ricovero in istituto di cura il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% delle spese indennizzabili, con un minimo di € 120,00 per ogni infortunio.**

## **2.15 - RICOVERO E CONVALESCENZA**

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Società corrisponderà la somma assicurata:

- a) per ciascun giorno di effettiva degenza e **per un periodo massimo di 180 giorni**, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione;
- b) per ciascun giorno di convalescenza post-ricovero prescritta dal medico curante, con un massimo di giorni pari al numero dei pernottamenti in istituto di cura.

**La durata massima dell'esborso per ricovero e convalescenza non potrà superare complessivamente 365 giorni per infortunio.**

## **2.16 - APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO**

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, venga applicato all'Assicurato una gessatura, la Società corrisponde l'indennizzo giornaliero indicato nella scheda di polizza, fino alla rimozione del gesso, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate, **per un periodo massimo di 40 giorni**. Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno si considerano giorno unico.

## **2.17 – RENDITA VITALIZIA**

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sulla scheda di polizza. Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA S.p.A., e con premio a carico della SARA Assicurazioni, in base all'apposita convenzione stipulata tra la SARA VITA e SARA Assicurazioni. L'effetto della polizza emessa da SARA VITA avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità.

Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

## **Norme che regolano la liquidazione dei sinistri**

### **2.18 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI**

**In caso di sinistro deve darsi avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.**

**La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accertamento.**

**Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.**

**L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.**

**Per il rimborso delle spese sanitarie devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notula, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.**

**L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.**

### **2.19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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 riduzione funzionale di un organo o di un altro già minorato, le percentuali di cui alla Tabella riportata all'art. 2.11 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

## **2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE**

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto che precede, debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio medico.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri componenti del Collegio nel verbale definitivo.

## **2.21 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

## **2.22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

## **2.23 - TUTELA DELL'EVENTUALE RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE**

**Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.**

**Qualora l'assicurazione derivi dall'applicazione di un contratto di lavoro la presente norma si intende priva di efficacia.**

## **Norme relative alla gestione del contratto**

### **2.24 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

**Tutte le comunicazioni relative al contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax.**

### **2.25 - VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE**

L'assicurazione vale per le persone indicate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice. 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.

### **2.26 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE**

**Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.**

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di trenta giorni.

### **2.27 - COESISTENZA DI POLIZZA DI R. C.**

**Nel caso che il Contraente abbia in corso con la SARA Assicurazioni una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.**

### **2.28 - REGOLAZIONE DEL PREMIO**

#### a) Determinazione del premio

Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza, necessari al calcolo del premio di regolazione.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

#### b) Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

L'ammontare dell'elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c) Accertamenti e controlli

La Società ha diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti

d) Sanzioni

1. Qualora il Contraente ometta di comunicare alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza necessari al calcolo del premio di regolazione, la Società avvisa il Contraente a mezzo raccomandata a.r. di quanto segue:
  - verranno espletati i controlli di cui al precedente paragrafo c);
  - che, qualora risultasse una differenza attiva a favore della Società, per i sinistri accaduti tra le ore ventiquattro del sessantesimo giorno dalla fine del periodo assicurativo e le ore 24 del giorno del pagamento del premio di regolazione, si applicherà quanto previsto al successivo punto 3);
2. Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta.
3. Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta o incompleta o nel periodo indicato nel precedente punto 1), la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura. Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato più del dovuto.
4. Qualora ricorra quanto previsto ai precedenti punti 1) e 2), la Società ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

### **3. CONDIZIONI PARTICOLARI**

*(valgono soltanto quelle espressamente richiamate in polizza)*

#### **3.1 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI**

L'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che dovessero verificarsi durante lo svolgimento per conto del Contraente delle attività professionali descritte nella presente polizza.

#### **3.2 - RISCHIO "IN ITINERE"**

Ad integrazione della precedente Condizione Particolare 3.1 la garanzia si estende agli infortuni "in itinere" come definito e disposto dal Decreto Legislativo 38/2000 e successive modificazioni.

#### **3.3 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI**

L'assicurazione vale soltanto per gli infortuni extraprofessionali. Qualora qualcuno degli Assicurati interrompa temporaneamente il rapporto di lavoro (aspettativa, cassa integrazione o simili), dal 15° giorno successivo all'interruzione e per tutta la durata della stessa, l'assicurazione è prestata per capitali ridotti del 50%.

#### **3.4 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SECONDO LE TABELLE INAIL**

Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali riportate dalla tabella di cui all'art. 2.11 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

#### **3.5 - LIQUIDAZIONE PRIVILEGIATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DI GRADO ELEVATO**

Nel caso l'invalidità permanente sia maggiore del 65% della totale, la Società liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

#### **3.6 - AMMINISTRATORI - RISCHI DELLA CARICA**

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli Assicurati nello svolgimento delle loro mansioni per conto del Contraente e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del Contraente, che l'infortunio si è verificato durante gli eventi sopra descritti.

#### **3.7 - ADDETTI AI FABBRICATI**

L'assicurazione è prestata in favore dell'addetto (o degli addetti) al fabbricato indicato in polizza con le mansioni ivi descritte, esclusivamente per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento dei suoi compiti all'interno delle strutture o dell'area di pertinenza del fabbricato ed anche all'esterno delle stesse qualora le mansioni a lui affidate dall'amministrazione immobiliare lo richiedano.

La garanzia vale soltanto per persone di età non inferiore a 18 anni.

Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'art. 2.19.

#### **3.8 - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE A FAVORE DEL CONTRAENTE**

Premesso che la presente assicurazione è stipulata dal Contraente allo scopo di garantirsi contro le perdite materiali ed ogni altro onere che gli potesse derivare dalla morte o da una invalidità permanente o temporanea degli Assicurati, si conviene che qualsiasi indennizzo spettante a termini di polizza sarà dalla Società pagato direttamente al Contraente medesimo, che solleva la Società da qualsiasi obbligo verso gli Assicurati e/o eredi e/o aventi causa nascente dall'assicurazione.

#### **3.9 - DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI**

1) Per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.06.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).

2) Le percentuali di invalidità permanente stabilite nella tabella di cui all'art. 2.11 sono sostituite con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3) In deroga a quanto previsto dalla Condizione Particolare di cui all'art. 3.15, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione avente carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di

produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.

4) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

5) L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura maggiore del 10%.

Si intendono "malattie professionali" quelle riconosciute, per l'attività industriale esercitata dal Contraente, dal T.U. Infortuni sul lavoro citato e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, ferma l'esclusione delle lesioni da radiazioni atomiche di cui all'art. 2.2 lettera g).

Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.

Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

6) Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 2.19 - renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

7) Franchigie sulla invalidità Permanente.

In parziale deroga a quanto stabilito all'art. 2.12, si conviene quanto segue:

- la franchigia del 3% è annullata;
- la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente € 259.000,00;
- la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente € 388.000,00.

### **3.10 - CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI**

Qualora per esigenze aziendali il Contraente debba temporaneamente destinare un Assicurato a compiti diversi da quelli descritti in polizza sempreché rientranti nell'ambito della normale attività d'impresa, non si applicano le norme previste dall'art. 1.6 (Aggravamento del rischio).

### **3.11 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre società o con la Società stessa.

### **3.12 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA'**

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 2.19.

È parimenti confermato l'art. 2.7 "persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.

### **3.13 - GARANZIA INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE**

A) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o - in caso di morte - i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea - in eccedenza all'indennizzo predetto, **fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 181.000,00 per persona.**

B) Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, **il maggior esborso a carico della Società non potrà complessivamente superare la somma di € 775.000,00.**

C) La presente estensione di garanzia è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, **ma non vale:**

- per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;
- se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;
- se l'infortunato è:

- 1) ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;
- 2) amministratore o socio del Contraente, se il Contraente è una società a responsabilità illimitata, nonché le persone che si trovino con lui nei rapporti di cui al precedente punto 1).

D) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne ha 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 quanto altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine 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 a lui spettanti.

### **3.14 - ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del Contraente circa la consistenza numerica degli Assicurati per ogni categoria (o gruppo), quale risulta inizialmente indicata in polizza. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente; delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio, agli effetti della quale si considera il "numero medio" degli Assicurati per ogni categoria (v. punto A 1 dell'art. 2.28).

### **3.15 - ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI**

(con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo - art. 2.28).

A) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione delle somme assicurate e del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

B) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.

C) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.

Il tasso di premio viene pattuito per ogni mille Euro di retribuzione computata ai sensi del precedente punto B).

Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.

### **3.16 - MODIFICA DELLA FRANCHIGIA ASSOLUTA E DIFFERENZIATA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE**

#### **3.16.1 Forma con esclusione della franchigia iniziale**

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 52.000,00 non si applica alcuna franchigia;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 52.000,00 e fino a € 130.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 130.000,00 e fino a € 259.000,00 si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

- d) sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

### **3.16.2 Forma con franchigia assoluta del 5%**

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

### **3.16.3 Forma con franchigia iniziale del 5% relativa al 15%**

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;
- d) se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

## **3.17 - INDICIZZAZIONE**

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

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nella scheda di polizza mod. 61/A, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della stipulazione, con quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata 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.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe le Parti hanno la facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

## **3.18 RISCHIO CONDUCENTE**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.1 "Rischi assicurati" l'assicurazione si intende limitata ai soli infortuni automobilistici (intendendosi per tali quelli avvenuti a seguito di un incidente di circolazione occorso al veicolo indicato in polizza e per gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie da sosta forzata per la ripresa della marcia dell'auto, esclusa ogni altra causa o circostanza) unicamente nei confronti delle persone che si trovino a bordo del veicolo indicato in qualità di conducente, purché munito della prescritta abilitazione alla guida e con il consenso del Contraente o del proprietario.

### 3.19 MALATTIE PROFESSIONALI

1) La garanzia si intende estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio, esclusivamente durante l'attività svolta presso la struttura dichiarata in polizza, che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente.

2) L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data della cessazione del rapporto stesso o dalla data della cessazione del servizio (se questa è anteriore alla scadenza del contratto).

**3) sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali cardiovascolari e quelle tubercolari; vale inoltre l'esclusione prevista dall'art. 2.2 lettera g) delle norme che regolano il contratto, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.**

4) Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa sia di grado pari o inferiore al **20%** della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

5) In caso di controversia se la malattia sia stata riportata in servizio e per cause di servizio o se la stessa sia insorta o si sia manifestata nei termini previsti dal precedente punto 2), la competenza può essere demandata al Collegio arbitrale previsto dall'Art. 2.19 delle norme che regolano il contratto.

6) Limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente, la garanzia si intende estesa alle affezioni da **HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C"**, contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio. **L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate.**

Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività il test per **HIV, EPATITE VIRALE "B" ed EPATITE VIRALE "C"**, dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di un anno dall'evento per il **solo caso di HIV**.