

**SISCOS - POLIZZA INFORTUNI ASSITALIA N. 50/54/415278
PER OPERATORI DEGLI ORGANISMI**

*La presente è la trascrizione del testo originale di polizza depositato presso i nostri uffici –
aggiornamento del 1.7.2012*

CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE I -INFORTUNI-

ART.1) OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

La garanzia prestata con la presente polizza deve intendersi operante per i rischi professionali ed extra professionali in favore degli Operatori degli organismi di cooperazione e loro familiari, in Italia ed all'estero.

ART.2) SOMME ASSICURATE E PREMI

Le garanzie assicurative prevedono una combinazione di cinque massimali:

GARANZIE	MASSIMALI	PREMIO LODRO ANNUO	PREMIO LORDO MESE	PREMIO PER MISSIONI SI 15 GG.
Combinazione A		217,00	24,00	16,00
MORTE	78.000,00			
IPI	130.000,00			
RSSI	2.000,00			
IPM	130.000,00			
Combinazione B		370,00	39,00	27,00
MORTE	160.000,00			
IPI	210.000,00			
RSSI	2.000,00			
IPM	210.000,00			
Combinazione C		724,00	88,00	61,00
MORTE	210.000,00			
IPI	260.000,00			
RSSI	2.000,00			
IPM	260.000,00			
Comb D		982,00	119,00	84,00
MORTE	310.000,00			

IPI	415.000,00			
RSSI	2.000,00			
IPM	260.000,00			
Combinazione E		1.808,00	207,00	---
MORTE	520.000,00			
IPI	520.000,00			
RSSI	2.000,00			
IPM	260.000,00			

ART.3) INDIVIDUAZIONE DEGLI ASSICURATI-DECORRENZA DELLA GARANZIA

Per la identificazione delle persone assicurate, per la decorrenza della garanzia nei confronti dei singoli assicurati e per la determinazione dei premi (periodo di assicurazione) varrà l'elenco rimesso dalla Contraente alla Ina Assitalia-Agenzia Generale di Milano- viale della Liberazione 16 20124 Milano. Nel medesimo elenco dovrà essere indicato, a pena di decadenza della garanzia, il massimale prescelto ed il relativo premio.

La garanzia è operante dalla data di ricezione del fax di comunicazione ricevuto dalla Contraente.

ART.4) PREMIO ANTICIPATO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al perfezionamento della presente polizza la Contraente versa un premio, comprensivo di imposte, di €. 2.600,00. Alla fine di ogni trimestre assicurativo in relazione alle missioni che si sono verificate, alla loro durata ed al massimale scelto, si procederà alla determinazione del premio mediante emissione di appendice di regolazione. La Contraente si impegna a versare entro il termine improrogabile di giorni sessanta il saldo risultante dalla predetta appendice, essendo fin da ora stabilito ed accettato che il mancato rispetto dei termini di cui sopra comporta l'automatica cessazione delle garanzie di polizza.

ART.5) RISCHIO GUERRA

La garanzia della presente polizza è operante per gli infortuni derivanti da atti di guerra dichiarata e non dichiarata e da operazioni militari insurrezioni e tumulti popolari. Tale estensione di garanzia è operante nel mondointero esclusi i Paesi dell'Italia, dello Stato del Vaticano, e della Repubblica di San Marino.

In ogni caso restano esclusi gli infortuni derivanti da guerra dichiarata e non tra due qualsiasi dei seguenti paesi:

-Francia, Gran Bretagna, Cina, ex U.R.S.S. – attuale Federazione Russa.

Dalla garanzia sono escluse le conseguenze di scoppi di ordigni nucleari con conseguente cessazione automatica di tale estensione di garanzia.

L'estensione della garanzia al rischio guerra potrà essere in qualsiasi momento annullata dalla Società assicuratrice a mezzo lettera raccomandata o fax che diverrà operante dalla ore 24 del settimo giorno dal momento in cui la comunicazione è stata inoltrata.

La Società assicuratrice comunque accetta di ripristinare la garanzia se interverrà con la Contraente, prima della scadenza della notifica della disdetta, un accordo per un nuovo tasso di premio e/o condizioni e/o limiti geografici:

Resta comunque convenuto che le indennità dovute in base alla presente polizza ed alle eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente e da terzi in favore degli stessi Assicurati per il rischio guerra, non potranno complessivamente superare l'importo massimo di €.1.050.000,00

ART. 6) TERRORISMO

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta con supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

ART.7) SFORZI MUSCOLARI TRAUMATICI-ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE

A parziale deroga di quanto disposto dalle Norme di assicurazione, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti alle conseguenze di sforzi muscolari traumatici e di ernie addominali traumatiche.

Per queste ultime:

- se l'infortunio determina ernia operabile non verrà corrisposta alcuna indennità;
- se l'ernia (anche bilaterale) non risulta operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente assoluta;
- se insorge contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione vincolante verrà rimessa al collegio medico.

ART.8) GARANZIA PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE PER INFORTUNI E MALATTIE TROPICALI

Premesso che le malattie tropicali sono parificate ad infortunio., a parziale deroga delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni sono compresi in garanzia gli infortuni e le malattie derivanti da malattie tropicali nei Paesi della fascia tropicale del Globo. Il riconoscimento dell'invalidità permanente è soggetto ad una franchigia relativa del 20%, qualora l'invalidità risulti superiore al 20% il riconoscimento sarà integrale.

Per il caso di invalidità permanente causata da malattia tropicale si conviene che le manifestazioni morbose possono manifestarsi entro 12 mesi dalla cessazione del mandato e l'invalidità permanente entro gli ulteriori 6 mesi.

ART.9) RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di malattia o infortunio indennizzabile ai sensi della polizza, la Società corrisponde agli aventi diritto fino alla somma di €. 10.000,00 a titolo di rimborso spese per il rimpatrio della salma.

ART.10)FRANCHIGIA ASSOLUTA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE LIMITATA A PARTE DEL CAPITALE ASSICURATO.

La franchigia prevista dall'Art.27 delle Norme di assicurazione è abrogata e sostituita dalla seguente:

Qualora il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente sia superiore a € 130.000,00 si applicano sull'importo eccedente le seguenti franchigie assolute:

sul capitale eccedente €. 130.000,00 e fino a €. 260.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il

5% Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;

sul capitale eccedente €. 260.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 10% . Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

ART. 11) RIFERIMENTO A TABELLA INAIL

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista in polizza si intende sostituita da quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro) e successive modifiche come in vigore fino al 24/07/00.

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

ART. 12) PROROGA PAGAMENTO PREMI

A parziale deroga di quanto previsto dall'Articolo 1901 del Codice Civile la Società prende atto che il termine per il pagamento dei premi viene elevato a 60 giorni.

ART. 13) EVENTO CON PLURALITÀ DI INFORTUNI

A parziale deroga della Condizione C 3 delle Norme Infortuni, il massimo per evento con pluralità di infortuni viene elevato a €. 5.000.000,00

ART. 14) LIMITE DI ETÀ

A parziale deroga dell'Art. 18 delle Norme Infortuni il limite di età viene elevato a 85 anni.

ART. 15) PRECISAZIONE

Si precisa che sono compresi negli infortuni anche i morsi di animali.

ART. 16) RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo di € 2.000,00, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale, day surgery o day hospital;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi di contenzione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici: radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;

- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco; protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso.

Si precisa che si intendono comprese le spese per cure mediche dentarie conseguenti ad infortunio e a malattia tropicale occorsi in servizio.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte del Contraente di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

SEZIONE II -INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA GENERICA-

A - DEFINIZIONE

Per Invalidità Permanente generica si intende la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per i casi di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e non vale per tutti i casi di invalidità permanente derivante da malattia intesa come espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto.

C - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

Nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25 per cento.

Quando l'invalidità accertata sia superiore, la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alla tabella seguente:

<u>PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA</u>	<u>PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE</u>
25	-
26	2
27	4
28	6
29	8
30	10
31	12
32	14
33	16
34	18
35	20
36	22
37	24
38	26
39	28
40	30
41	32
42	34

43	36
44	38
45	40
46	42
47	44
48	46
49	48
50	50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	74
59	77
60	80
61	83
62	86
63	89
64	92
65	95
66 e oltre	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla data della denuncia.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque senza riguardo al maggior grado di invalidità complessiva che sia riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.

ART.1 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre dallo stesso giorno in cui ha effetto l'assicurazione, come stabilito nell'Art 3), Sezione I-Infortuni- delle presenti Condizioni Particolari.

ART.2 ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;

- trasmutazione del nucleo dell'atomo ovvero radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerre o insurrezioni;
- malattie tropicali (in quanto già assicurate nella Sezione I).

ART.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione cessa dalla scadenza annuale del premio successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento della età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART.4 DENUNCIA DELLA MALATTIA E OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve denunciare per iscritto la malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito in tempo utile, la seguente documentazione:

certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;

certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia;

copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera B), deve essere presentato un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia.

L'assicurato deve sottoporsi alle cure prescritte dai medici che possano modificare positivamente la prognosi della malattia e deve, altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli eventualmente disposti dalla Società e fornire ogni altra documentazione sanitaria eventualmente necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno avuto in cura. Qualora l'assicurazione prestata con il presente allegato pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata e sempre che la stessa si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione, per la presentazione della denuncia é accordato il termine di un anno dalla scadenza dell'assicurazione.

ART.5 PROCEDURE PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la documentazione di cui all'art. 4 e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi a trattamenti terapeutici che, a giudizio sia del suo medico che di quello della Società, possono modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detti trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

ART.6 DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo é di carattere personale e non é quindi trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART.7 CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura della malattia o sul grado di invalidità permanente, o sui miglioramenti ottenibili con adeguato trattamento terapeutico, la decisione é demandata al Collegio Medico, nei modi e nei termini fissati dalle "Norme" (modalità di valutazione del danno).

ART.8 NON CUMULABILITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE CON QUELLA PRESTATATA CON LA GARANZIA INFORTUNI, SEZIONE I

La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente da infortunio o viceversa.

ART. 9 RINVIO ALLE "NORME" DI POLIZZA

Per quanto non è qui diversamente regolato, valgono le "Norme che regolano l'assicurazione in generale" e le Norme che regolano l'assicurazione infortuni".

ART. 10 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Si conviene fra le parti che tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto possono avvenire tramite il Broker Janua Broker SpA – via G. Parini, 7, 20121 Milano Tel. 02 392211291 - fax 02 39214632 e-mail milano@januabroker.it al quale è assegnata la presente polizza.

IL CONTRAENTE
SISCOS
Cooperazione Int.le
Via Giovanni Devoti, 16 - 00167 Roma

INA ASSITALIA SPA
AGENZIA GENERALE DI MILANO

INA ASSITALIA S.p.A.
AGENZIA GENERALE DI MILANO

POLIZZA INFORTUNI ASSITALIA N. 50/54/415278

CONDIZIONI GENERALI

(Trascrizione integrale del mod. 15000)

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

Beneficiario: il soggetto od i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

Società: l'impresa assicuratrice:

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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 dalla Società in caso di sinistro.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle Circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o 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..

Art. 2 - Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 C. C. il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Pagamento del premio

Ai sensi dell'art. 1901 C. C. l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

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

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia ai relativo diritto di recesso.

Art. 6 - Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 C.C. il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società *pub* recedere dall'assicurazione o, nel caso che siano assicurate più persone, può far cessare l'assicurazione relativa alla sola persona infortunata, con preavviso di 30 giorni.

In tal caso al Contraente spetta il rimborso della parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 3 mesi prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore;
- l'azione del fulmine;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture tendinee sottocutanee; gli infortuni subiti in stato di malore 'o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da- imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da pratiche sportive, alle condizioni e nei limiti di cui al successivo art. 34.

Art. 14 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. In caso contrario, la garanzia è regolarmente operante, ma, se la guida ha carattere professionale, si applicano le disposizioni dell'art. 32, se ed in quanto ne ricorra l'ipotesi. Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla guida di trattori, macchine agricole, macchine operatrici, quali sono definiti dal T.U. delle norme sulla circolazione stradale, approvato con D.P.R. 15 giugno 1959, n. 393, salvo che l'infortunio non derivi dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;

- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani e ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. 15
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; g) da guerre o insurrezioni;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. 17;
- i) da trasformazioni o 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 inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo, nonché le rotture tendinee sottocutanee.

Art. 15 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

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

per persona:

- € 1.032.913,80 per il caso morte;
- € 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente;
- € 258,23 per il caso di inabilità temporanea;

per aeromobile, nel caso di assicurazione di più persone:

- € 5.164.568,99 per il caso di morte;
- € 5.164.568,99 per il caso di invalidità permanente;'
- € 5.164,56 per il caso di inabilità temporanea.

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

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza. Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Calamità naturali

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio di esercizio precedente l'evento, con il minimo di € 1.032.913,80.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 18 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti all'Assicurato.

Art. 19 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 20 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli stati sopra menzionati.

Art. 21 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali indicate in polizza, si applicano gli artt. 5 e 6.

Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazione di premio per il nuovo rischio.

Agli effetti dell'applicazione di quanto disposto dal secondo comma dell'art. 6, il rapporto tra il rischio inerente l'attività professionale indicata in polizza e quello inerente la nuova attività si determina, tenuto conto delle diverse categorie dei rischi professionali, in base alle percentuali stabilite dalla tabella delle percentuali di indennizzo (art. 33). Se la nuova attività non è esplicitamente elencata nella tabella dei rischi professionali (art. 32), si tiene conto delle caratteristiche comuni con una delle attività elencate, secondo un criterio di equivalenza o di analogia.

Art. 22 - Altre assicurazioni

Fermo quanto previsto dell'art. 2, qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma cumulativa non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con il presente contratto, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 23 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi (v. anche art. 7)

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 24 - Criteri di indennizzabilità

La Società 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 riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 26 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 25 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 26 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
la falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
anchilosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
anchilosi dei gomito in angolazione compresa fra 120° e 70°, con prono-supinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
amputazione di un arto inferiore:	
al di sopra della metà della coscia	70%
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell'alluce	2,5%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
paralisi completa dello SPE	15%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi assoluta nasale monolaterale	4%
stenosi assoluta nasale bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrat-	

tura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nel caso di perdita totale di un occhio che colpisca l'Assicurato già mancante dell'altro occhio, la Società liquida un indennizzo pari al 75% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

Nel caso di sordità completa di un orecchio che colpisca l'Assicurato già affetto da sordità completa dell'altro orecchio, la Società liquida un indennizzo pari al 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 27 - Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente

Qualora il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente sia superiore a € 51.645,69, si applicano sull'importo eccedente le seguenti franchigie assolute:

- sul capitale eccedente € 51.645,69 fino a € 129.114,22 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 3%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;
- sul capitale eccedente non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 10%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.
- sul capitale eccedente € 129.114,22 e fino a € 258.228,44 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;

Art. 28 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato è trovato nella totale incapacità di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

Nel caso in cui l'Assicurato, dopo il trentesimo giorno di inabilità temporanea, sia ricoverato in ospedale o casa di cura, l'indennizzo è dovuto in misura doppia di quella stabilita alla lett. a), per tutto il periodo di durata del ricovero successivo al trentesimo giorno e fino al giorno della dimissione dall'ospedale o casa di cura.

In ogni caso, l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

In caso di ritardo nella denuncia di infortunio, l'indennizzo per inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia; l'indennizzo è tuttavia dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in ospedale o casa di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero.

Anche le franchigie di cui al seguente art. 29 si applicano dal giorno successivo a quello della denuncia, come specificato in detto articolo.

Art. 29 - Franchigia assoluta in caso di inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea di cui all'articolo precedente viene corrisposto

- a decorrere dal sesto giorno successivo a quello dell'infortunio o della ritardata denuncia, se la somma assicurata non supera € 25,82
- a decorrere dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio o della ritardata denuncia, se la somma assicurata è superiore a € 25,82 e fino a € 51,64;
- a decorrere dal sedicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio o della ritardata denuncia, se la somma assicurata è superiore a € 51,64 e fino a € 103,29;

- a decorrere dal ventunesimo giorno successivo a quello dell'infortunio o della ritardata denuncia, se la somma assicurata è superiore a € 103,29.

Art. 30 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 24 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'Assicurato, nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o presso la sede legale della Società. Ciascuna delle due parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 31 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 32 - Attività professionali diverse

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di una attività professionale diversa da quelle indicate in polizza, ovvero nel corso di altra attività che presenti comunque obiettivi caratteri di professionalità, l'indennizzo è dovuto secondo i seguenti criteri:

- in misura integrale, se a(l'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello corrispondente all'attività professionale indicata in polizza, in base alla classificazione di cui alla Tabella dei rischi professionali riportata qui di seguito;
- in misura ridotta, secondo la percentuale fissata dalla tabella di cui all'art. 33, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore.

In entrambi i casi, se sono indicate in polizza più attività professionali, si considera quella di maggior rischio.

I rischi sportivi sono regolati esclusivamente dall'art. 34. Agli effetti delle disposizioni che precedono, per la classificazione dell'attività professionale cui si collega l'infortunio si fa riferimento alla tabella dei rischi professionali; ove detta attività non sia specificamente elencata, si tiene conto delle caratteristiche comuni con una delle attività elencate, secondo un criterio di equivalenza o di analogia.

Parimenti, per le altre attività a carattere professionale cui si collega l'infortunio si fa riferimento all'attività elencata nella tabella, la cui definizione rifletta esattamente le caratteristiche dell'attività considerata, o, in difetto si applica il criterio di equivalenza o analogia di cui al comma precedente.

I CATEGORIA

- Attività svolte solo in ufficio o studio: architetti - bigliettai, cassieri ed addetti ai cinema e teatri - consollisti e programmatori di computer - disegnatori - fotografi - geologi - geometri - ingegneri - periti;
- attività senza lavoro manuale: albergatori - amministratori - antiquari - impiegati amministrativi - imprenditori - insegnanti di scuola;
- altre attività: accompagnatori turistici - agenti di industria, servizi, assicurazione, credito e commercio - attori e direttori artistici - avvocati e procuratori legali - barbieri e parrucchieri - benestanti e pensionati - biologi - cantanti - clero (appartenenti al) - commercialisti - farmacisti - giornalisti - magazzinieri - magistrati - manicure - mediatori - medici - militari - musicisti - notai - ostetriche - pedicure - pittori - portieri ed uscieri - sacrestani - studenti.

II CATEGORIA

- tutte le attività di cui alla lettera a) della I Cat. se svolte anche all'esterno;
- tutte le attività di cui alla lettera b) della I Cat. se richiedono lavoro manuale;
- allenatori, insegnanti, istruttori, maestri di: discipline sportive - materie sperimentali o professionali - scuole guida;
- esercenti di autorimesse senza opera manuale;
- altre attività: accalappiacani - agrimensori, agronomi, apicoltori - analisti chimici - arrotini - autisti autovetture - bagnini - ballerini e danzatori - bidelli - calzolari - cantinieri ed osti - casalinghe - casari - collaboratori familiari - commessi viaggiatori - concessionari auto-moto - cucitrici - cuochi - custodi - disinfestatori - distributori carburante senza altri servizi - elettrauto - enologi ed enotecnici - estetisti in genere - fattorini in genere - fisioterapisti - giardinieri ed affini - giornalisti - guardarobieri - guardiacaccia, guardiapescia e guardie campestri - impiegati tecnici - lavanderie e stirerie (addetti) - legatori di libri - macchine da scrivere e da calcolo

(riparatori) - maglieriste - massaggiatori - materassai - modellisti - nécrofori - negozi: armerie, macellerie, panetterie, salumerie - odontotecnici- ombrellai - paramedici - paglia, canapa, vimini (lavorazione) - postini - pubblici esercizi (esercenti e addetti a) - sarti - scenografi - scultori - tappezzieri - tipografi - ufficiali giudiziari - venditori ambulanti - veterinari - vetrinisti - vigili urbani.

III CATEGORIA

- a) tutte le attività di cui alla lettera d) della II Cat., se richiedono lavoro manuale;
- b) attività svolte solo a terra: carpentieri - elettricisti a contatto con corrente a bassa tensione - imbianchini, intonacatori e stuccatori - idraulici e lattonieri - marmisti e piastrellisti;
- c) altre attività: agricoltori - allevatori di bestiame - ascensoristi - autisti di autobus e auto-motocarri senza carico e scarico - barcaioli - cantonieri - carrettieri e cocchieri - carrozzieri - cave (addetti a) - distributori carburante con altri servizi (manutenzione, lavaggio, ecc.) - guardie notturne, giurate, carcerarie - maniscalchi - manovali - marinai - muratori - netturbini - operai in genere - pescatori - piloti portuali - stallieri - tutori dell'ordine (P.S., C.C., G.d.F.) - vigili del fuoco;
- d) attività con o senza negozio: antennisti radio T.V. – corniciai – macellai – meccanici – mosaicisti – mugnai – salumificatori – tappezzieri – tende (posa in opera all'esterno) – tipografi – tornitori – trattoristi – vetrai – vulcanizzatori.

IV CATEGORIA

- a) tutte le attività di cui alla lettera b) della III Cat., se svolte su ponti, impalcature, tetti;
- b) altre attività: abbattitori di piante e boscaioli - autisti di auto-motocarri con carico e scarico - cave con uso di mine (addetti a) - elettricisti a contatto con corrente ad alta tensione - fabbri - facchini - falegnami - guide alpine - minatori - spazzacamini.

Art. 33 - Tabella delle percentuali di indennizzo

Agli effetti del calcolo degli indennizzi secondo il criterio stabilito dagli artt. 21 e 32, si applica la seguente Tabella:

		Attività professionali assicurate			
		I cat.	II cat.	III cat.	IV cat.
Attività in cui si verifica l'infortunio	I C.	100	100	100	100
	II C.	66	100	100	100
	III C.	50	75	100	100
	IV C.	40	60	80	100

Art. 34 - Rischi sportivi

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, senza alcuna limitazione.

Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che alcune pratiche sportive comportano, per dette pratiche sportive, qui di seguito specificamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida ma gli indennizzi sono proporzionalmente ridotti secondo i valori espressi per ciascuna pratica sportiva, in relazione alla gravità del rischio o alle modalità e circostanze nelle quali si svolge l'attività sportiva:

- a) sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti:
 - atletica pesante - bob - football americano - calcio - lotta nelle sue varie forme - pugilato - rugby - salto del trampolino con sci e idrosci - scalata di rocce o ghiacciai - sci acrobatico - sci alpinismo - sci estremo – speleologia;
- b) sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti; tuttavia, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione se l'infortunio si verifica nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura:
 - automobilismo - motociclismo - motonautica;
- c) sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive; in caso contrario, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione:

- baseball - canoa - ciclismo - immersioni con autorespiratore - pallacanestro - pallamano - pallavolo - pentathlon moderno - sci - sport equestri - sport del ghiaccio.

Resta comunque convenuto che, in caso di infortunio subito nel corso di una delle attività sportive sopra elencate, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. La presente disposizione, peraltro, non abroga le maggiori franchigie stabilite nell'art. 27, che si intendono confermate.

Nella tabella di seguito riprodotta sono riassunte le percentuali di indennizzo spettanti per gli infortuni verificatisi nel corso delle pratiche sportive raggruppate nella fasce di rischio a), b) e c).

Fasce di rischio	% di indennizzo spettante
A – in ogni caso	40
B – in ogni caso tranne regolarità pura	40
C – solo sotto l'egidia delle Federazioni sportive	66

CONDIZIONI VALIDE IN CASO DI POLIZZA CUMULATIVA

N.B. Le seguenti condizioni particolari sono automaticamente valide quando si tratti di assicurazione per conto, senza necessità di espresso richiamo.

C. 1 - Altre assicurazioni

A parziale deroga dell'art. 22 delle «Norme», la Società ha facoltà di recedere dal contratto anche in caso di coesistenza di altre polizze cumulative stipulate a favore delle stesse persone o categorie di persone.

C. 2 - Responsabilità del Contraente

Qualora il Contraente sia ritenuto responsabile dell'infortunio, l'indennizzo dovuto dalla Società ai sensi della presente polizza sarà imputato nel risarcimento spettante all'Assicurato o ai suoi aventi diritto.

C. 3 - Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 2.065.827,60.

C. 4 - Servizio militare

A deroga dell'art. 16 delle "Norme", la sospensione dell'assicurazione durante il servizio militare di leva o durante il servizio sostitutivo dello stesso, ha effetto per tutte le garanzie di polizza, salvo il caso di espressa pattuizione fra le parti contraenti e sempre che sia stato pagato il corrispondente premio.

CONDIZIONI VALIDE SOLO IN CASO DI ESPRESSO RICHIAMO

N.B. le seguenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate sul modello amministrativo di polizza.

C. 5 - Variazioni delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza successiva alla data di comunicazione.

C. 6 - Assicurazione a capitali variabili in base all'ammontare delle retribuzioni

L'assicurazione vale per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle categorie e per le somme indicate nel Mod. 15001, che fa parte integrante della presente polizza.

Agli effetti di quanto previsto dagli artt. 2 e 4 del Mod. 15001, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi caratteri continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio.

Qualora l'infortunato non abbia prestato la sua opera durante il detto periodo in modo continuativo, la retribuzione annua si valuta uguale a quella che gli sarebbe spettata a norma del contratto di lavoro.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli. Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione a favore della Società dovranno essere corrisposte dal Contraente entro 15 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la garanzia resta sospesa ai sensi dell'art. 1901 cod. civ. fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, rimanendo comunque salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto; il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo delle retribuzioni superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, questo ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo stesso in misura non inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

C. 7 - Assicurazione cumulativa a regolazione premio per categorie e a capitali fissi

L'assicurazione vale per il personale alle dipendenze della Contraente appartenente alle categorie e per i capitali indicati nel Mod. 15002, che fa parte integrante della presente polizza.

Per la identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli. Il Contraente è obbligato a comunicare alla Società, a mezzo lettera raccomandata, tutte le variazioni numeriche o sostituzioni che si verificassero nella composizione delle categorie assicurate nonché l'inclusione di personale appartenente a categorie non contemplate dalla polizza. Le variazioni verificatesi nel personale avranno vigore, agli effetti dell'assicurazione, semprechè riguardino personale appartenente a categorie contemplate dalla polizza e garanzie valesvoli per somme non superiori a quelle già previste per le persone della stessa categoria. Per l'assicurazione del personale appartenente a categorie non contemplate nella polizza o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle stabilite precedentemente per le persone della stessa categoria, nonché per persone non trovantesi, a termini delle «Norme», in condizioni normali di rischio (per età, difetti fisici, malattie, ecc.), oppure di persone che corrono rischi speciali non previsti dalla polizza, il Contraente dovrà fare particolare denuncia alla Società, restando inteso che l'assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, soltanto dopo l'adesione scritta della Società stessa. In relazione alle variazioni che si saranno verificate si procederà alla regolazione del premio alla fine di ciascun anno assicurativo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice sotto pena di decadenza della garanzia.