

Serenitas

INDICE	PAGINE
DEFINIZIONI	2
Oggetto e delimitazione del rischio	4
Prestazioni	8
Sinistri - Diritti e doveri delle Parti	13
Altri Diritti e doveri delle Parti	15
Disposizioni varie	16
Condizioni valide solo per le assicurazioni cumulative	17
Condizione valida solo se espressamente richiamata	18
Condizioni aggiuntive	19
Condizioni speciali	24

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'Art. 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n° 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza".

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione cumulativa	l'assicurazione, con una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 1469 bis del Codice Civile.
Beneficiario	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.
Contraente	il soggetto che stipula il contratto.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
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.
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.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

ed inoltre:

Day hospital	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica.
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente



considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali.

Malattia

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ricoveri

la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital.

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1 - Rischio assicurato

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

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

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

Sono considerati infortuni anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento ed il congelamento;
5. i colpi di sole e di calore.

Sono in garanzia anche gli infortuni subiti a causa di malore o alterazione di coscienza, salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie previste dall'art. 9 - "Persone non assicurabili" e fermo l'art. 7 - "Rischi esclusi dall'assicurazione".

Art. 2 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico di passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub.

Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

La presente estensione di assicurazione non è valida nel caso in cui la polizza abbia durata inferiore a un anno.



Art. 4 - Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 2.583.000,00 euro 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 fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 5 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un 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.

Art. 6 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Ogni indennizzo dovuto dalla Società viene sempre liquidato in Italia in euro.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 7 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. 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, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
2. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto disposto dall'art. 3 "Infortuni occorsi durante viaggi aerei";
3. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
4. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
5. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

6. da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 5 "Infortuni determinati da guerra e insurrezione";
7. 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 altresì esclusi gli infortuni causati:

8. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con autorespiratore, sci estremo;
10. dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Gli infarti sono esclusi.

Art. 8 - Limiti di età dell'Assicurato

1. Età conosciuta dalla Società

Se la Società è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione, fermo il rispetto della durata originariamente convenuta e degli eventuali rinnovi taciti successivi, la Società può, dopo il superamento del 75° anno di età da parte dell'Assicurato, far cessare l'assicurazione nei confronti di questi secondo le modalità di cui all'art. 26 "Proroga dell'assicurazione".

2. Età non conosciuta dalla Società

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75° anno di età da parte dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, al netto della imposta, con la maggiorazione degli interessi legali.

Art. 9 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.



In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 21 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge.

PRESTAZIONI

Art. 10 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art. 13 "Invalidità permanente".

Art. 11 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata 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 il caso di invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 12 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice Civile o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

Art. 13 - Invalidità permanente

1. Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
2. 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 accertata facendo riferimento alle percentuali delle seguenti menomazioni:



Perdita, anatomica o funzionale, di:	destro	sinistro
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso con estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
• paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• paralisi completa 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%	
• 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	10%	
• anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
• 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 ^a 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%
• 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%

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.

3. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste al punto 2), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, 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 la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate al punto 2) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione



della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

4. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate al punto 2) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 14 - Franchigie sull'invalidità permanente

A parziale deroga dell'art. 13 - "Invalidità Permanente" -, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. La prima, fino a 155.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale.
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 155.000,00 euro della prima e fino a 258.300,00 euro di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, e per la sola parte che supera questa percentuale.
3. La terza, pari all'eventuale eccedenza di 258.300,00 euro delle prime due, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.

Art. 15 - Inabilità temporanea

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

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

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno della comunicazione della denuncia e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 17 - "Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato" -, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 16 - Franchigie sulla inabilità temporanea

A parziale deroga dell'art. 15 - "Inabilità Temporanea" -, l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea non sia superiore a 26,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.
2. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 26,00 euro, ma non a 55,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall'8° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.
3. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 55,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 15° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.



SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 17 - Denuncia del sinistro e obbligo dell'Assicurato

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 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 sue modalità di accadimento.

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.

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.

Art. 18 - 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.

Art. 19 - Recesso in caso di sinistro

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, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini 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 assicurazione non corso.

Art. 20 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

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

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti

dall'art. 10 - "Criteri di indennizzabilità" debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel Comune, sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. 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 d'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 arbitri nel verbale definitivo.



ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 21 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 22 - Pagamento del premio

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 l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

Art. 23 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 24 - 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 dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 25 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

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

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

Art. 26 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Nei confronti di ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 27 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 28 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 29 - Rinvio alle norme di legge

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



CONDIZIONI VALIDE SOLO PER LE ASSICURAZIONI CUMULATIVE

Art. 30 - Assicurazioni di gruppo

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 31 - Limiti di indennizzo per sinistri aeronautici

Fermo quanto disposto dall'art. 3 - "Infortuni occorsi durante viaggi aerei" -, la somma dei capitali assicurati dalla presente e da altre assicurazioni infortuni comuni cumulative che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato o da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- **per il caso morte:**
1.033.000,00 euro per persona e 5.165.000,00 euro per aeromobile;
- **per il caso di Invalidità permanente totale:**
1.033.000,00 euro per persona e 5.165.000,00 euro per aeromobile;
- **per il caso di Inabilità temporanea:**
260,00 euro per persona e 5170,00 euro per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative che includono il rischio volo, stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora 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 in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.

Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.

Art. 32 - Recesso in caso di sinistro

L'art. 19 "Recesso in caso di sinistro" è totalmente sostituito dal seguente:
Dopo ogni sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.
In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

CONDIZIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA

Art. 33 - Indicizzazione

Qualora sia espressamente convenuta in polizza l'applicazione dell'indicizzazione, il numero indice adottato sarà quello riferito ai "prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati", pubblicato dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

1. come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti sarà adottato l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
2. alla scadenza di ogni rata annua se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate ed i massimali, nonché il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
3. l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Nel caso che, in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito in polizza, sarà facoltà delle Parti di rinunciare all'aggiornamento successivo della polizza mediante lettera raccomandata da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, restando somme, massimali assicurati e premio quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato.

L'indicizzazione di cui al presente articolo non si applica ai limiti di indennizzo previsti dagli articoli 4 e 31, né alle somme indicate dagli articoli 14 e 16.



CONDIZIONI AGGIUNTIVE (Valide solo se espressamente richiamate in polizza)

A) Estensione dell'assicurazione al rimborso delle spese di cura conseguenti ad infortunio

Art. 34 - Somma assicurata La somma assicurata convenuta in polizza si intende quale massima per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 35 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza che abbia comportato un ricovero - non in day hospital - della durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, la Società, entro i limiti della somma assicurata a questo titolo, rimborsa:

1. Le spese relative al periodo di ricovero per: rette di degenza, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami; le spese per interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento.
2. Le spese per visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici, conseguenti all'infortunio, nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura.
3. Le spese per l'acquisto di apparecchi protesici, resi necessari dall'infortunio, comprese protesi dentarie.

Art. 36 - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti della presente estensione di garanzia, deve essere fatta nei termini e con le modalità previste all'art. 17 "Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato".

Art. 37 - Liquidazione

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto del 20%, a carico dell'Assicurato, delle spese liquidabili ai sensi di polizza.

B) Estensione dell'assicurazione ad una indennità giornaliera per ricoveri conseguenti a infortunio

Art. 38 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato - non in day hospi-

tal - corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 300 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.

Art. 39 - Day hospital

Per i ricoveri in day hospital, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.

Nel limite massimo di indennizzo di 300 giorni di cui all'articolo precedente rientrano anche i giorni di ricovero in day hospital.

Art. 40 - Esclusioni

L'indennità giornaliera non viene corrisposta:

1. per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
2. per ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come case di cura.

Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 7 - "Rischi esclusi dall'assicurazione".

Art. 41 - Rinvio alle condizioni della garanzia "A"

Alla "Indennità giornaliera per ricoveri conseguenti a infortunio" si applicano, in quanto compatibili, le Condizioni della Garanzia "A" - "Rimborso delle spese di cura conseguenti ad infortunio".

C) Indennità da ingessatura

Art. 42 - Indennità da ingessatura

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto - secondo le regole previste dall'articolo 15 - "Inabilità temporanea" soltanto nel caso in cui all'Assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, sia stata applicata una ingessatura.

Si intende per ingessatura un mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in istituto di cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

L'indennità è corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni.

Non si applicano le franchigie di cui all'art. 16 - "Franchigie sull'inabilità temporanea".



D) Estensione dell'assicurazione ad una indennità giornaliera per ricoveri conseguenti a infortunio, malattia e parto

Art. 43 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o da malattia, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza e per una durata massima di 300 giorni per ricovero e per anno assicurativo.

Per i ricoveri in day hospital l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.

In caso di ricovero dell'Assicurata in istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, con il massimo di sette giorni per ricovero.

La durata massima di 300 giorni di cui al primo comma del presente articolo si intende valere per ogni tipo di ricovero.

Art. 44 - Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle ore 24:

1. del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
2. del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
3. del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto dall'art. 45, punto 1) - per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
4. del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero verificatosi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 45 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende i ricoveri causati da:

1. le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
2. le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
3. i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
4. stati patologici correlati alla infezione da HIV;
5. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
6. la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
7. l'aborto non terapeutico;
8. le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
9. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
10. le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
11. i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione "Istituto di cura";
12. le conseguenze di infortuni esclusi dall'art. 7 - "Rischi esclusi dall'assicurazione";
13. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
14. guerre ed insurrezioni.

Art. 46 - Modalità per la denuncia e la liquidazione dei sinistri

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 la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.



La liquidazione del sinistro viene effettuata, a cura ultimata, su presentazione di copia della cartella clinica completa rilasciata dall'istituto di cura nel quale è avvenuto il ricovero.

L'Assicurato e il Contraente devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti medici necessari.

Art. 47 - Controversie

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulla quantificazione dell'indennizzo debbono essere demandate a un Collegio di tre medici, secondo le modalità e le regole fissate dall'art. 20 - "Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale".

CONDIZIONI SPECIALI (valide solo se espressamente richiamate)

Condizione speciale "E" - Franchigie sulla invalidità permanente

Il testo dell'art. 14 - "Franchigie sulla invalidità permanente", si intende sostituito totalmente dal testo che segue.

A parziale deroga dell'art. 13 - "Invalidità permanente", la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, fino a 103.300,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;
2. la seconda, pari all'eventuale eccedenza di 103.300,00 euro della prima e fino a 206.600,00 euro di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, e per la sola parte che supera questa percentuale;
3. la terza, pari all'eventuale eccedenza di 206.600,00 euro delle prime due, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 30% della totale.

Condizione speciale "F" - Franchigie sulla invalidità permanente

Il testo dell'art. 14 - "Franchigie sulla invalidità permanente", si intende sostituito totalmente dal testo che segue.

A parziale deroga dell'art. 13 - "Invalidità permanente", la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, fino a 258.300,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 258.300,00 euro della prima, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di



polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale. Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 40% della totale.

Condizione speciale "G" - Franchigia sulla Inabilità Temporanea

Il testo dell'art. 16 - "Franchigie sulla Inabilità Temporanea" si intende totalmente sostituito dal testo che segue:

A parziale deroga dell'art. 15 - "Inabilità Temporanea", l'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta a decorrere dal 15° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

