

ALLEGATO AL CAPITOLATO POLIZZA INFORTUNI PERSONALE NON DIPENDENTE

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto. Eventuali moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

Definizioni

I seguenti vocaboli usati significano:

COMPAGNIA O SOCIETA' - La Compagnia Assicuratrice.

CONTRAENTE - La persona fisica o giuridica che stipula la polizza.

ASSICURATO - La persona fisica o giuridica nel cui interesse è stipulata la polizza.

ASSICURAZIONE - Il Contratto di assicurazione.

POLIZZA - Il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO - La somma dovuta alla Compagnia.

RISCHIO - La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO - Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO - La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITA' PERMANENTE - Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

INABILITA' TEMPORANEA - Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

SFORZO - Impiego di energie muscolari concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

RICOVERO - Degenza in Istituti di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (day hospital) di almeno sei ore continuative.

INGESSATURA - 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.

FRATTURA - Soluzione di continuità del tessuto osseo provocata da infortunio. Si intende pertanto esclusa qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo od ai soli altri tessuti aventi rapporto di contiguità e continuità con l'osso.

ISTITUTI DI CURA - Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

CONDIZIONI SPECIALI E PREMESSA ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

1. La garanzia si intende prestata a favore del personale non dipendente che opera a favore del Comune di Segrate - di seguito denominato Amministrazione – ed appartenente alle seguenti categorie:

persone assicurate
A) n. 5 Volontari del servizio civile;
B) n. 25 Persone che operano a favore dell'Amministrazione a seguito di appositi provvedimenti di inserimento;
C) n. 21 Personale volontario addetto alle diverse attività esercitate dall'Ente;

Oggetto dell'assicurazione, senza limiti territoriali, sono gli infortuni subiti dagli assicurati di cui al presente articolo nello svolgimento delle attività svolte per conto dell'Amministrazione, compreso il trasferimento da e per l'abitazione sia a piedi che con l'uso e/o la guida dei normali mezzi di locomozione.

Sono altresì compresi i rischi derivanti dall'uso e/o dalla guida dei normali mezzi di locomozione per partecipazione a riunioni, sopralluoghi e missioni effettuate per conto dell'Amministrazione. L'assicurazione è estesa al rischio delle malattie professionali connesse allo svolgimento delle attività svolte. Per malattie professionali si intendono sia quelle contemplate dal D.P.R. del 30/6/65 n. 1124 e successive modificazioni ed interpretazioni, sia le malattie riconosciute come professionali (o dovute a causa di servizio) dalla magistratura.

2. La garanzia è prestata per ciascun assicurato:

- | | |
|--|---------------------|
| a) nel caso di morte per la somma di | € 413.165,00.= |
| b) nel caso di invalidità permanente per la somma di | € 413.165,00.= |
| c) franchigia per invalidità permanente : | NESSUNA |
| d) indennizzo per inabilità temporanea | € 25,82.= al giorno |
| e) diaria di ricovero da infortunio | € 25,82.= al giorno |
| f) rimborso spese sanitarie da infortunio | € 5.165,00 . = |

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per l'identificazione dei quali si farà esclusivamente riferimento ai documenti ufficiali in possesso dell'Amministrazione.

Tali documenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione in qualsiasi momento delle persone incaricate ad effettuare accertamenti e controlli.

3. Il premio viene anticipato in via provvisoria all'inizio del periodo assicurativo nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e successivamente è regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Il numero delle persone assicurabili riportato nel modello di offerta economica è

puramente indicativo ed ha il solo scopo di consentire la comparazione delle quotazioni in sede di gara.

Si conviene che, ove il contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, l'Impresa riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita. Parimenti si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte dell'assicurato e/o contraente di una circostanza aggravante del rischio non può essere invocata dalla Compagnia Assicuratrice come motivo di irrisarcibilità di un eventuale sinistro, salvo il caso di manifesta malafede, fermo restando il diritto della Compagnia a richiedere l'eventuale quota di premio non percepito. Gli eventuali incrementi o diminuzioni degli elementi presi come base per il conteggio del premio intervenuti nel corso dell'annualità assicurativa si intendono automaticamente efficaci ed assicurati senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte della Amministrazione. Al fine della regolazione consuntiva del premio entro 60 giorni dalla fine del periodo assicurativo annuo (o del minor periodo di durata del contratto), il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società le variazioni intervenute negli elementi presi come base per il conteggio del premio. La Società, ricevuta la comunicazione anzidetta, emetterà l'appendice relativa. Il pagamento dell'eventuale differenza risultante dalla regolazione deve essere eseguito dalla parte debitrice entro 60 giorni dalla data di ricevimento della citata appendice da parte del Contraente. Qualora dal conteggio di regolazione risulti un rimborso di premio, lo stesso verrà riconosciuto al Contraente al netto delle imposte.

4. Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

5. La liquidazione del danno ha luogo mediante l'accordo fra l'Impresa ed il beneficiario dell'Assicurazione. A tal fine l'Impresa dovrà inviare a quest'ultimo una proposta di indennizzo. Qualora il beneficiario non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione avverrà su domanda dello stesso, mediante il collegio arbitrale di cui al successivo punto 15 del presente capitolato. L'Impresa, tenuto conto degli eventuali limiti all'indennizzo pattuiti in polizza, effettua il pagamento del danno in euro presso l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 30 (trenta) giorni consecutivi dal ricevimento della proposta di indennizzo firmata per

accettazione dall'Assicurato. L'indennizzo, da liquidare oltre i termini di cui sopra indicati per effetto di contestazioni che si risolvono con il ricorso all'arbitrato, sarà ricalcolato in base al tasso di variazione dei "numeri indice mensili dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati", pubblicati dall'ISTAT, relativamente al periodo trascorso dall'avvenimento del sinistro al pagamento dell'indennità, e sarà altresì maggiorato degli interessi legali. In ogni caso l'Impresa rimetterà l'indennizzo liquidabile a termini di contratto all'Amministrazione perché ne disponga a favore dei destinatari aventi diritto al risarcimento. Contestualmente all'accettazione dell'atto di quietanza, l'Amministrazione rilascerà a favore della Società una dichiarazione liberatoria dell'adempimento dell'obbligazione contrattuale riferita al caso di danno risarcito, valida a tutti gli effetti ed erga omnes.

6. Per quanto non previsto dalle condizioni di cui al presente capitolato, valgono unicamente le norme stabilite dal vigente Codice Civile.

7. Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni cui le Parti sono tenute, oltre che a mezzo lettera raccomandata (anche a mano), possono essere fatte - e debbono quindi ritenersi valide - anche a mezzo telegramma, telex o telefax. Tutte le comunicazioni del contraente/assicurato possono essere indirizzate - e debbono quindi ritenersi valide - sia alla Direzione Generale della Società che all'Agenzia presso la quale è appoggiato il contratto.

8. In caso di divergenza sulle condizioni e sulle norme che regolano il presente contratto le Parti si obbligano a mettersi al giudizio di un collegio arbitrale composto da tre membri nominati uno dalla Società, uno dal Contraente, il terzo dagli altri due o, in difetto di accordo, dal Presidente del tribunale competente.

Il collegio arbitrale decide a maggioranza dei suoi componenti ed è dispensato da ogni formalità di legge e le sue decisioni sono vincolanti tra le parti anche se uno degli arbitri rifiuta di firmare il verbale. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio arbitro e concorre, per il 50% alle spese del terzo.

9. Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

10. Entro 90 (novanta) giorni dalla fine dell'annualità assicurativa la Società si impegna a fornire il rapporto sinistri riferito all'esercizio trascorso oltre ad un'informativa circa la quantificazione dei sinistri denunciati corredata dei seguenti dati minimi: numero sinistro, data di accadimento, tipologia di avvenimento, importo pagato, importo riservato, importo in franchigia, data del pagamento o della chiusura senza seguito.

Quanto sopra per consentire al contraente di predisporre con cognizione le basi d'asta e poter fornire alle società concorrenti alle gare i dati tecnici necessari per presentare le proprie quotazioni.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

1. Oggetto dell'assicurazione

Per infortunio si intende 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 o una inabilità temporanea.

2. Estensione dell'assicurazione

Sono considerati infortuni anche:

- ⇒ l'asfissia di origine non morbosa;
- ⇒ avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- ⇒ le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- ⇒ annegamento;
- ⇒ assideramento, congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- ⇒ ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee, gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ⇒ la rottura sottocutanea del tendine di Achille nei limiti di quanto previsto al successivo punto 17 (invalidità permanente);
- ⇒ gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- ⇒ gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- ⇒ gli infortuni derivanti da aggressione, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

3. Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezioni, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

4. Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

4.bis Atti di terrorismo

A parziale deroga dalle Condizioni di Assicurazione, la garanzia e' 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 cui l'assicurato abbia partecipato in modo volontario. E' definita atto di terrorismo una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto di una organizzazione di uno o piu' gruppi di persone (anche se realizzata 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 religioso o ideologico o etnico.

5. Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto stabilito nel successivo articolo 14;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) da movimenti tellurici;
- d) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente articolo 3 (rischio di guerra all'estero);
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- f) gli infarti;
- g) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortuni.

6. Limiti di età

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 80 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Compagnia nel momento in cui si dovesse verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premio scaduto dopo il compimento dell'età suddetta, premio che in tal caso viene restituito al Contraente al netto degli oneri fiscali.

7. Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati, indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto al successivo articolo 8 (criteri di indennizzabilità).

Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

8. Criteri di indennizzabilità

La compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche 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.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito al successivo punto 17 (invalidità permanente).

9. Cumulo di indennità

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinante, la società paga agli eredi l'importo liquidato ed offerto.

10. Controversie

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 8 sono demandate per iscritto al collegio arbitrale di cui al precedente punto 1.15 del presente capitolato.

11. Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

12. Responsabilità del contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi di cui al successivo punto 15 (morte), non accettino a completa tacitazione dell'infortunato l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità

viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Compagnia da parte del Contraente.

13. Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 2.582.285,00.= Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

14. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli 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/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs;

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i capitali di:

per persona:

€ 1.032.914,00.=

per il caso di Morte

€ 1.032.914,00.=

per il caso di Invalidità Permanente Totale

complessivamente per aeromobile:

€ 5.164.569,00.=

per il caso di Morte

€ 5.164.569,00.=

per il caso di Invalidità Permanente totale

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

RELATIVE AL CASO MORTE

15. Morte

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

16. Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di annegamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesione indennizzabile a norma della presente polizza. Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovute ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato o ad altra causa, sono garantite da questa polizza.

RELATIVE ALL'INVALIDITA' PERMANENTE

17. Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

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

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con pronosupinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera 10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano 7%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%

Per 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%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce 2.5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole 35%
- anchilosi del ginocchio in estensione 25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio 9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della sotto astragalica 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%

Per:

- sordità completa di un orecchio	10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
- stenosi nasale assoluta 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%
• 12a dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso che l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di

invalidità permanente. La Società prende atto che se l'Assicurato è mancino, il grado di invalidità per il lato destro è applicato al sinistro e viceversa.

18. Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.494,00.=

RELATIVE ALLA INABILITA' TEMPORANEA

Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'assicurato ad attendere alle occupazioni dichiarate, la Compagnia corrisponderà l'indennità giornaliera pari al 100% della somma assicurata anche per tutto il tempo in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni dichiarate. L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

20. Rimborso spese sanitarie

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelle previsti al punto 10 (controversie);
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

La Compagnia rimborsa inoltre, sino al 10% della somma assicurata e con un massimo di € 1.033,00.= le spese sostenute in conseguenza di infortunio, per:

- interventi di natura estetica;
- cure odontoiatriche;
- protesi dentarie.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute e fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali previa applicazione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

21. Indennità di ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni su presentazione di cartella clinica.

Qualora in conseguenza di infortunio sia stata applicata una gessatura o sia stata diagnosticata una frattura, radiologicamente accertata, che comporti l'applicazione di un mezzo terapeutico diverso dalla gessatura, in istituto di cura o clinica, verrà corrisposta l'indennità pattuita anche per il tempo trascorso fuori dell'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, oppure sino al consolidamento della frattura, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i 365 giorni.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

22. Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione Generale della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'ufficio comunale addetto alla gestione dei contratti assicurativi dell'ente Contraente ne sia venuto a conoscenza.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il Beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

Il Contraente/Assicurato é responsabile verso la Società di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini e degli altri obblighi di cui al presente articolo. Ove poi risulti che questi abbiano agito con colpa grave, la società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto. Nel caso in cui gli stessi abbiano agito in connivenza con terzi danneggiati o ne abbiano favorito le pretese, decadono dal diritto del contratto.