

INFORTUNI CUMULATIVA



SARA
ASSICURAZIONI

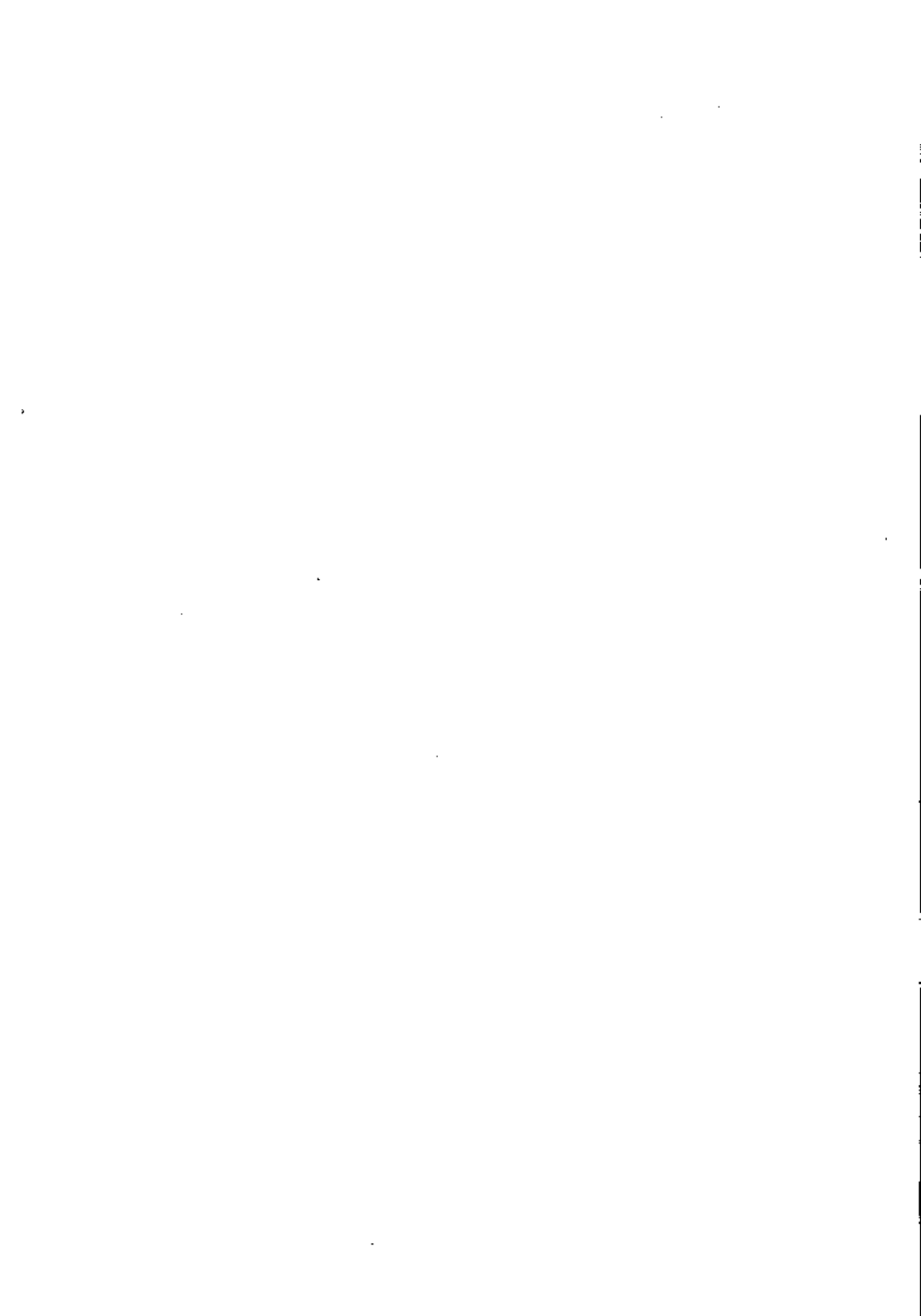
LA COSA AGNIA CHE ABETTAVI



SARA assicurazioni spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede e Direzione Generale 00198 Roma - Italia, Via Po n. 20 - Capitale Sociale
Euro 54.675.000 (i.v.) - Iscrizione Tribunale Roma n. 946/41 CCIAA Roma n. 117033
Codice Fiscale 00408780583 - Partita IVA 00885091009 - Impresa autorizzata
all'esercizio delle assicurazioni con - DMICA 26.8.1925 (G.U. 31.8.1925 n. 201)

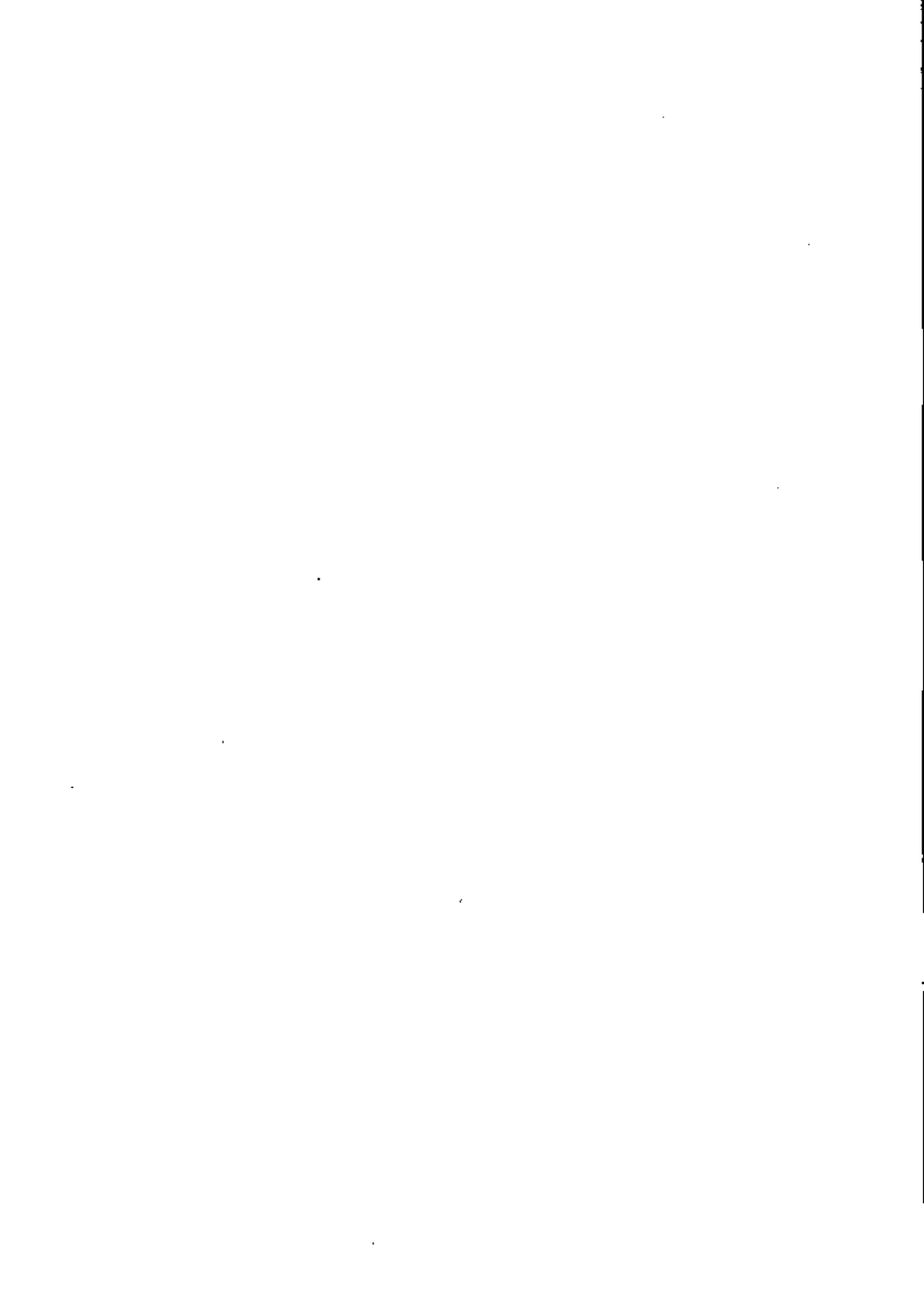
Norme che regolano il contratto





INDICE

DEFINIZIONI	pag. 5
NORME CHE REGOLANO	
- l'assicurazione in generale	pag. 7
- l'assicurazione infortuni	pag. 9
CONDIZIONI PARTICOLARI	pag. 19
COME COMPORTARSI IN CASO DI SINISTRO	pag. 25



DEFINIZIONI

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

- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Beneficiari:** gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **Franchigia:** l'importo che viene detratto dall'indennizzo per ciascun sinistro;
- **Inabilità Temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività dichiarate in polizza;
- **Indennizzo:** la somma dovuta alla Società in caso di sinistro;
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea;
- **Invalidità permanente:** la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Istituto di cura:** l'ospedale o la clinica universitaria, la casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno, nonché le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- **Polizza:** i documenti che provano l'assicurazione;
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- **Ricovero:** la permanenza in Istituto di cura con pernottamento;
- **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro;
- **Scheda di polizza:** il documento - Mod. 61/A - che riporta gli elementi essenziali dell'assicurazione, quali i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni del Contraente, il premio, i dati identificativi del rischio assicurato, le eventuali Condizioni Particolari e Aggiuntive, la sottoscrizione delle Parti;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Società:** la SARA assicurazioni s.p.a..



1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C. C.

1.2 Assicurazione per conto altrui

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

1.3 Altre assicurazioni

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

Qualora per la medesima persona le somme assicurate con altre polizze superino il 50% di quelle garantite con il presente contratto la Società entro 15 giorni dalla comunicazione e con il preavviso di almeno 60 giorni, ha la facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti di detta persona, fermo restando il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'intero contratto. Se il Contraente omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

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

1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

menti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio 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, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

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

1.5 Modifiche dell'assicurazione

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

1.6 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

1.7 Diminuzione del rischio

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

1.8 Recesso in caso di sinistro

Dopo il terzo sinistro, denunciato e indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60°

giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione.

La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa l'imposta.

1.9 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di

durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel quale caso esso coincide con la durata del contratto,

1.10 Oneri fiscali

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

1.11 Rinvio alle norme di legge

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

2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Oggetto e delimitazione dell'assicurazione

2.1 Rischi assicurati

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

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

L'assicurazione comprende anche:

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

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

2.2 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio - salvo quanto disposto al punto 2.3 che segue;

- e) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto disposto al punto 2.4 che segue;
- g) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- h) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- i) dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore;
 - l) dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - m) dalla pratica dei seguenti sport: bob, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scalata di rocce o ghiacciai, gare di sci in discesa libera, speleologia, pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni subacquee con autorespiratore, snowboard, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate (rafting).
 - n) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri e ciclismo;
 - o) di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata.
- Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quelle di origine traumatica.

2.3 Rischio volo

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

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

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

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

- a) per persona:
 - € 1.040.000 per il caso di Morte;
 - € 1.040.000 per il caso di invalidità Permanente totale;
 - € 259 per il caso di Inabilità Temporanea;
- b) complessivamente per aeromobile:
 - € 5.170.000 per il caso di Morte;
 - € 5.170.000 per il caso di invalidità Permanente totale;
 - € 5.170 per il caso di Inabilità Temporanea.

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

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

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

2.4 Rischio guerra o insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto al punto 2.2 lettera f) sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da guerra o

da insurrezione che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che rassicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

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

2.5 Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace od il servizio sostitutivo dello stesso nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione ad interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la prorogazione dell'assicurazione per il periodo uguale a quello della sospensione.

2.6 Persone non assicurabili - Limiti di età

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

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.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

2.7 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Casi assicurabili e limitazioni

2.8 Morte

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

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

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

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

2.9 Invalidità permanente

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

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

ziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencati nella tabella sottoriportata al punto 2.10.

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

- e) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella di cui al punto 2.10, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - Nel caso di minorazioni, anziché di perdita di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella suddetta tabella, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni, di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella suddetta tabella e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

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

2.11 Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente

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

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 104.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 104.000 e fino a € 207.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- e) sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è in grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- d) quando l'invalidità permanente è in grado pari o superiore al 25% della totale l'indennizzo verrà corrisposto senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) e).

Il diritto all'indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

2.12 Inabilità temporanea - Limitazioni

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

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

attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a partire dall'ottavo giorno successivo a quello dell'infortunio e per un periodo massimo di 365 giorni; esso è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

2.13 Rimborso spese sanitarie

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

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

Per le prestazioni sanitarie sopra elencate che non risultino effettuate durante il ricovero in istituto di cura il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% delle spese indennizzabili, con un minimo di € 75 per ogni infortunio.

2.14 Ricovero e convalescenza

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

- a) per ciascun giorno di effettiva degenza e per un periodo massimo di 365 giorni, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione;

b) per ciascun giorno di convalescenza post-ricovero prescritta dal medico curante, con un massimo di giorni pari al numero dei pernottamenti in istituto di cura.

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

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

2.15 Denuncia dell'infortunio e obblighi

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

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

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

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

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

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

2.16 Criteri di indennizzabilità

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è tipicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora

l'infortunio avesse colpito una persona tipicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un altro già minorato, le percentuali di cui alla Tabella riportata al punto 2.10 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.17 Controversie - Arbitrato irrituale

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

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

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri componenti del Collegio nel verbale definitivo.

2.18 Pagamento dell'indennizzo

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

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

2.19 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

2.20 Tutela dell'eventuale responsabilità del Contraente

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

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

Norme relative alla gestione del contratto

2.21 Forma delle comunicazioni

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

2.22 Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone indicate in polizza ed in quanto permanga rispet-

to ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice. La cessazione di singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, da luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

2.23 Variazioni nella persona del Contraente

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

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

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

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

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

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

2.24 Coesistenza di polizza di R. C.

Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Sara assicurazioni una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società

dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.

2.25 Regolazione del premio

A) Determinazione del Premio

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

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè, a seconda dei casi:

- l'indicazione del numero medio di persone che risulteranno essere state assicurate per ciascuna categoria o gruppo. Per "numero medio di assicurati" si intende la somma del numero di persone assicurate (per ogni categoria o gruppo) in ciascun mese diviso per il numero dei mesi (considerando tale la frazione iniziale o finale anche se di durata inferiore) componenti il periodo assicurativo;
- l'ammontare delle retribuzioni corrisposte al personale assicurato;
- gli altri elementi variabili contemplati in polizza.

2. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

B) Sanzioni

1. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato

in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato dalla regolazione viene computato in conto e a garanzia del premio relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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.

2. Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta, maggiorata - a titolo di penale - del 50%.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura.

Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

3. Se la presente polizza sostituisce un contratto per il quale è prevista la regolazione del premio, questa deve essere effettuata nei termini previsti dal contratto sostituito. Trascorsi detti termini senza che il Contraente abbia comunicato i dati necessari alla regolazione o senza che abbia pagato il premio a conguaglio, a partire dal 30° giorno successivo ai termini per la comunicazione dei dati o alla data di notifica dell'appendice di regolazione, la garanzia della presente polizza è prestata comunque con uno scoperto del 50%, con indennizzi ridotti alla metà, salvo che l'accertamento della entità dei premi dovuti, ma non pagati, comporti una maggiore riduzione proporzionale (art. 1907 Cod. Civ.).

La Società ha facoltà di comunicare per raccomandata anche la totale sospensione della garanzia o la risoluzione del contratto, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

L'assicurazione riprende pieno vigore dalle ore 24 del giorno di adempimento da parte del Contraente degli obblighi relativi alla comunicazione dei dati necessari alla regolazione e al pagamento del premio di conguaglio.

C) Premio minimo anticipato

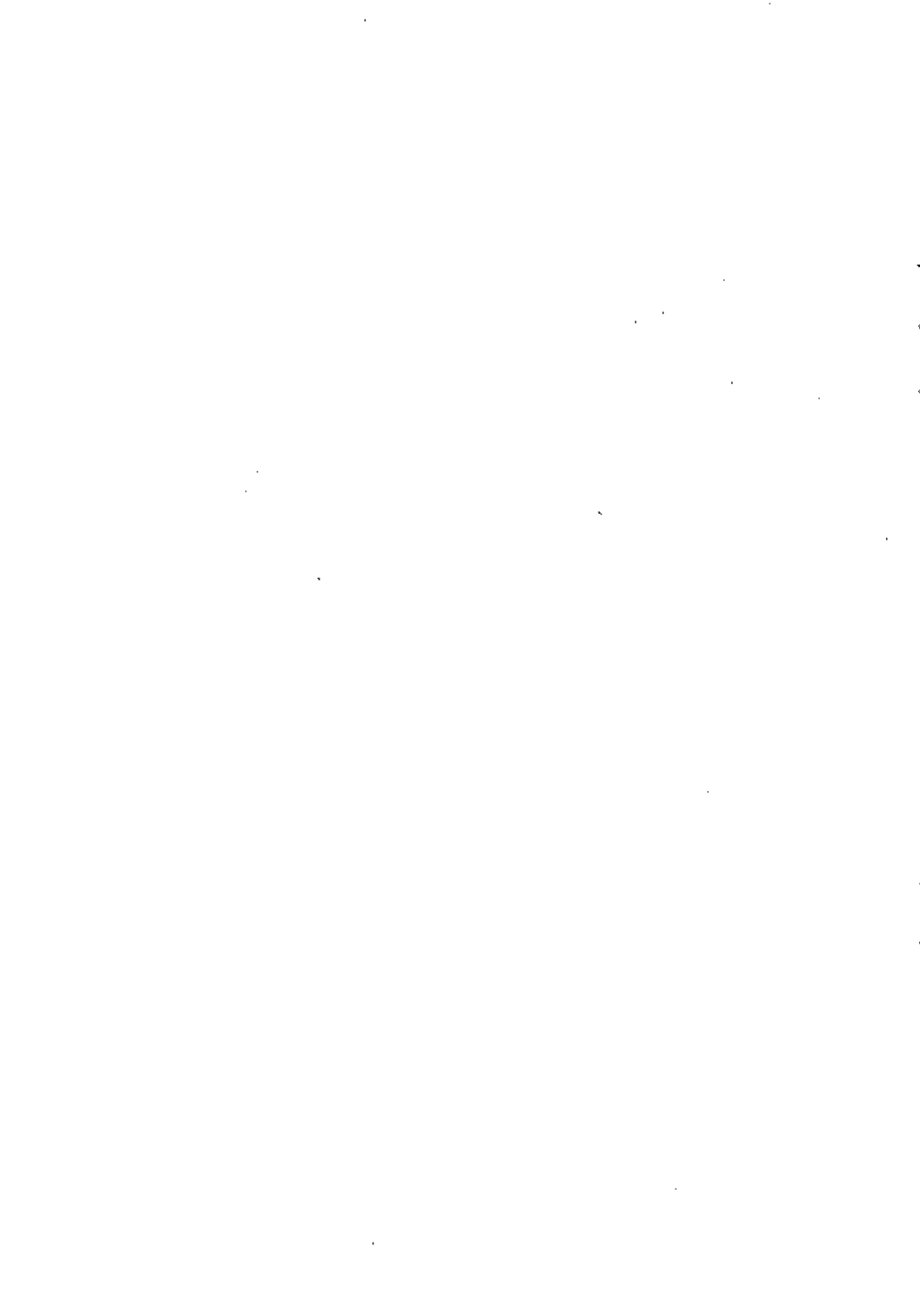
Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del

premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

D) Accertamenti e controlli

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



3 - CONDIZIONI PARTICOLARI

(Valgono soltanto quelle espressamente richiamate nella scheda di polizza)

3.1 Limitazione dell'assicurazione ai soli infortuni professionali

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

3.2 Rischio "in itinere"

Ad integrazione della precedente Condizione Particolare 3.1 la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa.

3.3 Limitazione dell'Assicurazione ai soli infortuni extraprofessionali

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

3.4 Valutazione del grado di invalidità permanente secondo le tabelle Inai

Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali riportate dalla tabella di cui al punto 2.10 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3.5 Liquidazione privilegiata per invalidità permanente di grado elevato

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

3.6 Amministratori - Rischi della carica

L'assicurazione vale esclusivamente per gli

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

3.7 Addetti ai fabbricati

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

La garanzia vale soltanto per persone di età compresa fra 18 e 75 anni.

Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli. Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'ari. 2.16.

3.8 Beneficio dell'assicurazione a favore del Contraente

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

3.9 Applicazione apparecchio gessato

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, venga applicato all'Assicurato apparecchio gessato od apparecchio equipollente o coattori di Hoffmann, la Società corrisponde l'indennizzo giornaliero indicato nella scheda di polizza, fino alla rimozione del gesso, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate, per un periodo massimo di 40 giorni.

Agli effetti del computo della indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno si considerano giorno unico.

3.10 Dirigenti di aziende industriali

- 1) Per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.06.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).
- 2) Le percentuali di invalidità permanente stabilite nella tabella di cui al punto 2.10 sono sostituite con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.
- 3) In deroga a quanto previsto dalla Condizione Particolare 3.17, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione avente carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.
- 4) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
- 5) L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine

generica al lavoro in misura maggiore del 10%.

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

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

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

- 6) Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'ari. 2.16 - renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.
- 7) Franchigie sulla invalidità Permanente. In parziale deroga a quanto stabilito all'art. 2.11, si conviene quanto segue:
 - la franchigia del 3% è annullata;
 - la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente € 259.000;
 - la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente € 388.000.

3.11 Assicurazione di persona non nominata

In base alla dichiarazione del Contraente che per l'espletamento delle mansioni specificate in polizza non si avvale di altre persone al di fuori di quelle indicate, la Società rinuncia a conoscere preventivamente le loro generalità. Essa non sarà tuttavia tenuta a indennizzare eventuali infortuni, quai-

ra risultasse che il Contraente abbia adibito alle mansioni di cui trattasi un numero di persone maggiore di quello indicato.

La garanzia è operante soltanto per le persone di età compresa fra i 18 e i 75 anni.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici e purché sia in grado di svolgere le mansioni descritte, la garanzia sarà valida ugualmente, intendendosi espressamente confermati i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 2.16.

3.12 Cambiamento nelle mansioni degli assicurati

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

3.13 Esonero dalla denuncia di altre assicurazioni

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

3.14 Esonero dalla denuncia di infermità

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

È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 2.16.

È parimenti confermato l'art. 2.6 "persone non assicurabili - Limiti di età"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.

3.15 Garanzia integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il contraente

A) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o -

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

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

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

- per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;

- se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;

- se l'infortunato è:

- 1 - ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;

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

D) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza. La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale.

le, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a lui spettanti.

3.16 Assicurazione per categorie o gruppi

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

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del Contraente circa la consistenza numerica degli Assicurati per ogni categoria (o gruppo), quale risulta inizialmente indicata in polizza. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente; delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio, agli effetti della quale si considera il "numero medio" degli Assicurati per ogni categoria (v. punto A 1 dell'ari. 2.25).

3.17 Assicurazione in base alle retribuzioni (con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo - art. 2.25).

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

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

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

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

Al premio risultante vanno applicati

sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.

3.18 Modifica della franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente

Il disposto dell'ari. 2.11 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

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

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 52.000 non si applica alcuna franchigia;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 52.000 e fino a € 130.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- e) sulla parte di somma assicurata eccedente € 130.000 e fino a € 259.000 si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
- d) sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

3.19 Indicizzazione

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

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nella scheda di polizza mod. 61/A, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della stipulazione, con quello del mese di giugno

dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo

indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

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

COME COMPORTARSI IN CASO DI SINISTRO

Nel caso che uno degli assicurati subisca un infortunio il Contraente deve:

- dare avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla sede della Società entro 3 giorni dalla data del sinistro;
- indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento ed una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;
- allegare alla denuncia il primo certificato medico;
- documentare con ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni;
- consentire le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.



LETTERA TIPO PER DENUNCIA SINISTRO

Spett.le

SARA assicurazioni Spa

Agenzia di.....
Via..... n.
C.A.P.....Città.....
.....il.....

Oggetto: denuncia di sinistro su Polizza Infortuni n.....

Vi informo che:

il (data del fatto).....in (luogo: comune, provincia, località).....
è accaduto (descrizione particolareggiata e circostanziata dell'avvenimento, con i dati identificativi dell'assicurato).....
.....il quale ha riportato le seguenti lesioni:

Per quant'altro fosse utile all'espletamento della pratica, Vi prego di inoltrare le relative comunicazioni presso:
abitazione (indirizzo e n. telefonico).....
luogo di lavoro (idem).....

Con i migliori saluti

In fede (firma)

COGNOME E NOME.....
Via..... n.
C.A.P.....Località.....