

POLIZZA INFORTUNI

SOCI

Condizioni di Polizza
Modello INF 006 CAES

INDICE

Descrizione del rischio	pag. 1
Garanzie prestate -Somme assicurate – Premi	pag. 1
Definizioni	pag. 2
Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag. 2
Norme che regolano l'assicurazione infortuni	pag. 4
Condizioni Particolari	pag. 8

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La presente polizza vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati che siano regolarmente iscritti nei registri del Contraente (che lo stesso è obbligato a tenere) in occasione:

- a) dello svolgimento delle attività del Contraente;
- b) della organizzazione e partecipazione alle attività organizzate dal Contraente o a cui lo stesso aderisce, comprese attività motorie, manuali e tutti gli spostamenti con qualunque mezzo di locomozione;

in conformità a quanto previsto dallo Statuto del Contraente.

Sono inoltre comprese attività diverse da quelle previste dallo Statuto purché svolte in via del tutto occasionale.

GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - PREMI

GARANZIE PRESTATE	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
➤ Morte	€ 25.000,00
➤ Invalidità Permanente	€ 50.000,00
➤ Rimborso spese mediche	€ 500,00

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nel frontespizio di polizza (che deve intendersi quale premio minimo stabilito in polizza) ed è regolato sulla base del numero di Assicurati alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto.

Si precisa che il premio minimo anticipato della presente polizza non potrà comunque essere inferiore ad Euro 50,00.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per “Assicurazione”: il contratto di assicurazione;
- per “Polizza”: il documento che prova l’assicurazione;
- per “Contraente”: il soggetto che stipula la polizza;
- per “Assicurato”: il soggetto il cui interesse è protetto dall’assicurazione;
- per “Società”: l’impresa assicuratrice (Assimoco S.p.A. - Via Cassanese 224, Palazzo Giotto, Centro Direzionale “Milano Oltre”, 20090 Segrate MI);
- per “Agenzia”: l’agenzia alla quale è assegnata la polizza (Consorzio CAES a r.l. – Via Gavirate, 14 - 20148 Milano);
- per “Premio”: la somma dovuta alla Società;
- per “Sinistro”: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’assicurazione;
- per “Indennizzo”: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo 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..

I premi devono essere pagati all’Agenzia oppure alla Società.

Decorrenza della garanzia per i singoli Assicurati

La presente garanzia deve intendersi operante:

- per tutti gli iscritti al Contraente, dalle ore 24.00 della data di decorrenza della presente Polizza;
 - per i nuovi iscritti nel corso del periodo assicurativo, dalle ore 24.00 della data di iscrizione al Contraente;
- e resta in vigore fino al termine di ogni anno di validità dell’assicurazione.

Art. 4 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base al numero di Assicurati, e viene anticipato in via provvisoria nell’importo risultante dal conteggio esposto nel frontespizio di polizza ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo nel numero di Assicurati, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo il Contraente deve fornire per iscritto entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, o della minor durata del contratto, il numero totale di tutte le persone risultate iscritte che s’intendono comunque garantite nel corso dell’annualità.

L’Agenzia o la Società, in conformità ai suddetti dati, procede all’emissione dell’appendice di regolazione premio. Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

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 le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello 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 i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, 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.

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata in forma numerica e non nominativa, il Contraente è esonerato dall’obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Per l’identificazione delle medesime si fa riferimento ai registri o altri documenti probatori tenuti dal Contraente. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Premio minimo

Si precisa che, nel caso in cui il numero di Assicurati, nel corso del periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, non fosse tale da generare un premio complessivo superiore ad Euro 50,00 (=premio anticipato minimo) il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione dei dati consuntivi, intendendosi il premio anticipato in via provvisoria quale premio minimo comunque acquisito. Analogamente, il Contraente è esonerato dal provvedere alla suddetta comunicazione nel caso in cui il numero di iscritti dovesse rimanere invariato rispetto a quello preventivato in base al quale è stato conteggiato il premio in via anticipata risultante dal frontespizio di polizza.

Art. 5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 - 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 C.C..

Art. 7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 8 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (vedi anche art. 21)

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia oppure alla Società entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C..

Art. 9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita dall'Assicurato almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. 10 - COPERTURA TEMPORANEA

Qualora il periodo assicurativo fosse di durata inferiore all'anno, i massimali assicurati (compresi i sotto limiti indicati nella presente polizza) devono intendersi validi per l'intero importo indicato per tutto il periodo di assicurazione.

Art. 11 – ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Se 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'articolo 1891 C.C..

Art. 12 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Salvo diversa disposizione stabilita dalla presente polizza, tutte le comunicazioni alle quali sono tenute il Contraente, l'Assicurato (o i suoi aventi diritto) e la Società nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax o telegramma.

Art. 14 - ONERI FISCALI

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

Art. 15 – FORO COMPETENTE

Il foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato/Contraente.

Art. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 17 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività per la quale è stipulata l'assicurazione, compreso il rischio in itinere.

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

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa; sono compresi anche i casi di asfissia originati per involontaria aspirazione di gas e vapori;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'intossicazione anche non avente origine traumatica;
- d) il soffocamento da ingestione di solidi;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento o il congelamento;
- g) i colpi di sole o di calore;
- h) gli effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- i) la folgorazione;
- j) il contatto con corrosivi;
- k) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l) gli infarti di natura traumatica;
- m) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- n) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- o) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- p) gli infortuni derivanti da:
 - imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
 - scioperi, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo e di sabotaggio, vandalismo, attentati, aggressioni e violenze, atti dolosi, rapina tentata o consumata, scippo, sequestri di persona, dirottamento e/o pirateria aerea, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
 - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
 - fulmine, grandine, tempesta di vento, scariche elettriche ed altri eventi naturali;
 - legittima difesa e umana solidarietà.

Art. 18 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relativi allenamenti e prove) comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, salvo si tratti di competizioni di regolarità pura;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; si intende comunque compreso l'infortunio subito:
 - dall'Assicurato minorenni anche se non abilitato;
 - dall'Assicurato con patente di guida scaduta da non più di 60 giorni;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri);
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) 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.);
- i) dalla pratica di sport aerei, del paracadutismo, del parapendio e dalla pratica di sport a carattere professionistico.

Art. 19 – GARANZIE PRESTATE

19.1 MORTE

L'indennizzo per il caso di morte 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 dell'indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

19.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società corrisponde in caso di invalidità permanente un indennizzo determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale del grado di invalidità accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri riportati nella “Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente” allegata al presente Modello.

Il diritto all’indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l’Assicurato muore per causa indipendente dall’infortunio la Società, in base ai criteri previsti alla garanzia Morte (art. 19.1), provvederà all’indennizzo:

- in caso di decesso dell’Assicurato dopo che l’ammontare dell’indennizzo sia stato determinato fra le parti, pagando l’importo liquidato od offerto;
- in caso di decesso dell’Assicurato prima che l’indennizzo sia stato determinato fra le Parti, in virtù delle valutazioni mediche effettuabili sulla base dei riscontri clinici disponibili fino al momento del decesso.

Franchigia assoluta per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini una invalidità permanente, si intende praticata una franchigia assoluta del 3%; la Società non corrisponderà quindi, alcun indennizzo qualora l’invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se l’invalidità permanente supererà il 3% della totale verrà corrisposto l’indennizzo solo per la parte eccedente.

19.3 SPESE MEDICHE E DI RICOVERO

La Società assicura, con le modalità che seguono, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per detta garanzia, il rimborso delle spese rese necessarie da un evento considerabile come infortunio ed effettivamente sostenute per:

- a) accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- b) onorari medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l’intervento chirurgico;
- c) cure, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) rette di degenza in ospedali o cliniche con il limite massimo giornaliero pari a 1/100 del massimale per evento;
- e) acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi sostitutive oculari; acquisto e noleggio di carrozzelle ortopediche;
- f) trasferimento dell’Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura o in ambulatorio, in Italia o all’estero ed il ritorno, nonché il trasferimento da un istituto di cura all’altro.

In eccedenza alla somma assicurata, la Società rimborsa inoltre le spese sostenute dall’Accompagnatore per:

- rette di vitto e pernottamento nell’istituto di cura per un periodo fino a 100 giorni per ogni infortunio e con il limite giornaliero di 1/100 della somma assicurata;
- trasferimenti al seguito dell’Assicurato ed effettuati con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura, da un istituto di cura all’altro nonché il ritorno, relativamente a ricoveri avvenuti all’estero, con il limite del 20% della somma assicurata.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero l’Assicurato ha facoltà di richiedere in sostituzione delle prestazioni previste alla presente garanzia, la corresponsione di una diaria per ciascun giorno di ricovero pari a 1/100 della somma assicurata per un massimo di 100 giorni.

Anticipo spese

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell’Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore al 60%, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell’istituto di cura che attesti la natura dell’infortunio, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L’anticipazione delle spese può avere luogo nell’ipotesi che l’ammontare delle spese stesse non sia inferiore a Euro 500,00. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 20 – ESTENSIONI DI GARANZIA (sempre operanti)

L’assicurazione copre anche:

a) Rischio volo

A parziale deroga del precedente art. 18 lettera c), l’assicurazione è estesa agli infortuni che l’Assicurato subisca durante i viaggi aerei 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 aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l’Assicurato sale a bordo dell’aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

b) Ubriachezza

A parziale deroga del precedente art. 18 lettera d), l'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione

c) Servizio sostitutivo a quello militare di leva

L'assicurazione è prestata durante il servizio sostitutivo a quello militare di leva (cosiddetto "servizio civile").

d) Rischio guerra ed insurrezione

A parziale deroga del precedente art. 18 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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 in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Si precisa che la garanzia si intende comunque sempre operante per gli infortuni non direttamente derivanti dallo stato di guerra e di insurrezione.

e) Rischi Sportivi

Ferma la limitazione di cui all'art. 18 lettera i), l'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico. Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che comportano alcune pratiche sportive (qui di seguito elencate) l'assicurazione è ugualmente valida ma gli indennizzi sono proporzionalmente ridotti del 50% per gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia e ghiacciai oltre il terzo grado U.I.A.A., speleologia, salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, football americano, rugby, immersioni con autorespiratore, canoa, rafting, hockey su ghiaccio.

f) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, dei climi, o di altre situazioni concomitanti (a titolo puramente esemplificativo, ma non esaustivo: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

g) Ernie traumatiche e da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui al successivo art. 23.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale assicurazione, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati, somme e prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

h) Danni estetici

Qualora sia operante la garanzia Invalidità Permanente, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza con gravi conseguenze di carattere estetico, che, tuttavia, non comporti invalidità permanente, si conviene che la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla guarigione clinica, ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica. La presente garanzia è prestata sino ad un importo pari al 2% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale con il minimo di Euro 600,00 ed il massimo di Euro 2.500,00.

i) Malattie tropicali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie tropicali (intendendosi come tali quelle previste dalle disposizioni di legge in materia) contratte dagli Assicurati in data successiva a quella di decorrenza della copertura e che si manifestino nel corso della validità del presente contratto. La garanzia viene prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 50.000,00 per il caso di morte e di Euro 50.000,00 per il caso di invalidità permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità

permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

j) Commorienza

Qualora per effetto di uno stesso infortunio perdano la vita l'Assicurato ed il suo coniuge, non legalmente separato, lasciando quali eredi i figli minori, la Società pagherà il doppio del capitale ad essi (figli minori) spettante per il caso di morte. L'importo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare il limite massimo di Euro 2.600.000,00.

k) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 C.C..

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

l) Rimpatrio della salma

Si stabilisce che, qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa una somma pari all'1% del capitale assicurato per il caso morte, con il limite di Euro 2.500,00, quali spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

m) Invalidità permanente superiore al 65% della totale

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui agli artt. 19.2 e 22, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura non inferiore al 65%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

n) Invalidità permanente che comporti l'abbandono del lavoro

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio accertata con i criteri di indennizzabilità di cui agli artt. 19.2 e 22, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dipendente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

o) Pagamento anticipato di un indennizzo per il grado di invalidità permanente da infortunio superiore al 20%

Si conviene fra le parti che decorsi 90 giorni dall'infortunio, qualora si preveda - in base ai normali criteri nosologici e medico legali - che all'Assicurato residui una invalidità permanente di grado pari o superiore al 20%, la Società - quando richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione fino ad un massimo di Euro 20.000,00. L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva del sinistro.

Art. 21 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Fermo quanto previsto dal precedente art. 8, la denuncia dell'infortunio:

- deve contenere l'indicazione del luogo, data, ora e causa dell'evento;
- deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

A guarigione avvenuta, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso (compresa l'eventuale visita da parte dei medici incaricati dalla Società), la Società liquida gli indennizzi che risultino, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

Art. 22 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde soltanto l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente o le altre prestazioni, si siano verificate entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche se successivamente alla scadenza del contratto. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al precedente art. 19.2 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 23 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO E RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE SUL GRADO DI INVALIDITA'

Sulla base della documentazione ricevuta e/o degli accertamenti del caso, la Società formula un'offerta d'indennizzo. In caso di disaccordo la questione può essere risolta da uno o più arbitri nominati con apposito atto, come previsto nel punto seguente.

La quantificazione dell'indennizzo spettante all'Assicurato, relativamente al grado di invalidità permanente, può essere demandata dall'Assicurato e dalla Società a due medici, nominati uno per parte.

Qualora i due medici non raggiungano un accordo, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno dal Contraente, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e paga il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Il Collegio medico ha la facoltà, qualora ne riscontri l'opportunità, di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in tal caso il Collegio può intanto concedere un anticipo sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per la Società e per il Contraente.

Art. 24 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

CONDIZIONI PARTICOLARI *(sempre operanti)*

Art. 25 - ESONERO DICHIARAZIONE DI ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga all'art. 2, il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Art. 26 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI, DIFETTI FISICI

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto del precedente art. 22.

Art. 27 - LIMITI DI RISARCIMENTO PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.600.000,00.

Art. 28 - TEMPORANEA UTILIZZAZIONE DELL'ASSICURATO IN MANSIONI DIVERSE

L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione dell'Assicurato, da parte del Contraente, in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente. Gli Assicurati possono quindi eccezionalmente lavorare anche manualmente a contatto di macchine e meccanismi ed il Contraente ha facoltà di impiegarli in qualunque sito della Contraente, magazzini, depositi dipendenti o collegati con la sede principale, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.

Il presente Modello INF 006 CAES (Ed. settembre 2010) è composto di n. 8 pagine numerate progressivamente da 1 a 8.