



ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE CUMULATIVA CONTRO GLI INFORTUNI EXTRA
PROFESSIONALI**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

1. Definizioni

2. Condizioni di Assicurazione

1. DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

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

Società: l'impresa assicuratrice.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rischio: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

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

Art. 3 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro il giorno precedente; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento, fermi 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 alla Società.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 6 - Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 C.C. il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del



diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della assicurazione.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società entro quindici giorni da quando ne hanno avuto conoscenza.

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

Art. 8 - Recesso

La Società e/o il Contraente si riservano, ad ogni anno assicurativo, a partire dalla data di effetto, la facoltà di recedere, mediante lettera raccomandata, dai contratti con preavviso di 90 giorni.

Art. 9 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata di cinque anni dalle ore 24 del 30/04/2010 alle ore 24 del 30/04/2015.

Il contratto assicurativo cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta e non potrà essere tacitamente rinnovato né prorogato.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello di Roma.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

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

a) di ogni attività che non abbia carattere professionale.

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;



- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- l'azione del fulmine;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture tendinee sottocutanee;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da pratiche sportive, alle condizioni e nei limiti di cui al successivo art. 28.

Art. 14 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. In caso contrario, la garanzia è regolarmente operante.
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. 15;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. 16;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo, nonché le rotture tendinee sottocutanee.

Art. 15 - Rischio volo

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

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



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

per persona:

- € 1.300.000,00= per il caso di morte;
 - € 1.300.000,00= per il caso di invalidità permanente;
- per aeromobili, nel caso di assicurazione di più persone:
- € 5.200.000,00= per il caso di morte;
 - € 5.200.000,00= per il caso di invalidità permanente;

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

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

Art. 16 - Calamità naturali

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

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio di esercizio precedente l'evento, con il minimo di € 1,300.000,00=.

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

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

Art. 17 - Limiti di età

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

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

Art. 18 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali:

sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.



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

Art. 19 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 20 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

Art. 21 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi (v. anche art. 7)

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

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

Art. 22 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 24 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 23 - Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

Art. 24 - Invalidità permanente

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro) e s.m.i..

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

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

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 e s.m.i. vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

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

Art. 25 - Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente

Qualora il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente sia superiore a € 65.000,00=, si applicano sull'importo eccedente le seguenti franchigie assolute:

- sul capitale eccedente € 65.000,00= e fino a € 160.000,00=, non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 3%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;
- sul capitale eccedente € 160.000,00= e fino a € 320.000,00= non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;



- sul capitale eccedente € 320.000,00= non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 10%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà

commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Art. 26 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 22 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

E' 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 provvisionale sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 27 - Diritto di surrogazione

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

Art. 28 - Rischi sportivi

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

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

- a) sono indennizzabili con il 50% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti:
- atletica pesante - bob - football americano - calcio - lotta nelle sue varie forme - pugilato - rugby - salto del trampolino con sci e idrosci - scalata di rocce o ghiacciai - sci acrobatico - sci alpinismo - sci estremo - speleologia;
- b) sono indennizzabili con il 50% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti; tuttavia, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione se l'infortunio si verifica nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura:
- automobilismo - motociclismo - motonautica;
- c) sono indennizzabili con il 70% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive; in caso contrario, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione:
- baseball - canoa - ciclismo - immersioni con autorespiratore
 - pallacanestro - pallamano - pallavolo - pentathlon moderno
 - sci - sport equestri - sport del ghiaccio.

Resta comunque convenuto che, in caso di infortunio subito nel corso di una delle attività sportive sopra elencate, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. La presente disposizione, peraltro, non abroga le maggiori franchigie stabilite nell'art. 27, che si intendono confermate.

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

Fasce di rischio	% di indennizzo spettante
a - in ogni caso	50
b - in ogni caso, tranne regolarità pura	50
c- solo se sotto l'egida delle Federazioni Sportive	70



INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI DIPENDENTI

La garanzia della presente polizza è prestata nei confronti del personale dipendente del Contraente che abbia rilasciato allo stesso regolare atto di delega per la trattenuta mensile sulla propria retribuzione.

CAPITALI UNITARI ASSICURATI

- COPERTURA

MORTE :

10 volte la retribuzione annua con il massimo risarcimento di €
500.000,00.=

INVALIDITA' PERMANENTE :

12 volte la retribuzione annua con il massimo risarcimento di €
600.000,00.=



CRITERI DI DETERMINAZIONE

RETRIBUZIONI PREVENTIVATE € 45.560.026

TASSAZIONE

Il tasso moltiplicatore è il 6,50% (sei virgola cinquanta pro mille)

ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Per retribuzione si intende lo stipendio base comprensivo di eventuali maggiorazioni ma con esclusione di qualsiasi altra voce che compone il trattamento economico per tredici mensilità. Per la liquidazione dell'indennizzo si considera la retribuzione spettante all'infortunato nel mese solare nel quale è avvenuto l'infortunio, esclusa ogni retroattività negli aumenti retributivi.

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

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Alla fine di ogni mese, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni base erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla fine di ogni trimestre assicurativo alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione a favore della Società dovranno essere corrisposte dal Contraente entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice.

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

Se il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la garanzia resta sospesa ai sensi dell'art. 1901 cod. civ. fino alle ore 00 del



giorno successivo a quello in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, rimanendo comunque salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto; il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Qualora alla fine dell'annualità assicurativa il consuntivo delle retribuzioni annue superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, questo ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo stesso in misura non inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

CONDIZIONI PARTICOLARI CHE PREVALGONO SULLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1) Limitazione dell'assicurazione ai rischi extra-professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Restano ferme le disposizioni delle "Norme" per l'esercizio delle pratiche sportive, sempre che non vengano svolte con carattere di professionalità, nel qual caso la garanzia assicurativa non è operante.

In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al sessantesimo giorno per gli stessi capitali indicati in polizza. Trascorso tale termine e fintanto che l'Assicurato non abbia ripreso la propria attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al 75% di quelle indicate in polizza.

In ogni caso entro il quindicesimo giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore alla predetta cessazione o sospensione, l'Assicurato ha facoltà di chiedere la sospensione dell'assicurazione per un periodo massimo di 12 mesi.



2) **Beneficiari in caso di morte:** eredi legittimi e/o testamentari.

3) **Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**

L'articolo 25 delle "Norme" che regolano l'assicurazione infortuni deve intendersi annullato e sostituito dal seguente: Qualora il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente sia superiore a € 150.000,00, si applicano sull'importo eccedente le seguenti franchigie assolute:

- sul capitale eccedente € 150.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;
- sul capitale eccedente € 300.000,00 e fino a € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 10%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.
- sul capitale eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'articolo precedente, non supera il 15%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 15%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

4) **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 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 cod. civ.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, 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.

5) Rischio guerra

A parziale deroga delle "Norme", l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) 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 colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

6) Ernie addominali traumatiche

A parziale deroga delle "Norme", l'assicurazione è estesa alle ernie addominale da causa fortuita, violenta ed esterna, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, sempreché questi casi siano contemplati dal contratto, con l'intesa che:

- se l'infortunio determina un'ernia operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per inabilità temporanea fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, risulti obiettivamente non operabile, 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 la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico previsto dalle "Norme" (Modalità di valutazione del danno).

7) Mancinismo

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

8) Malattie tropicali

La garanzia è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle malattie tropicali, malaria ed ameba, a condizioni che:

- l'Assicurato si sia assoggettato alle vaccinazioni previste dalle autorità sanitarie;
- l'Assicurato non risulti affetto da tali malattie alla data di decorrenza della garanzia;
- le affezioni insorgano nel corso del rapporto assicurativo e si manifestino entro e non oltre la scadenza del rapporto assicurativo stesso.

Resta convenuto che non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15%, l'indennizzo



verrà corrisposto solo per la parte eccedente detta percentuale.

Elenco delle malattie garantite: amebiasi, colera, dissenteria bacillare, febbre ricorrente africana, febbre gialla, febbre ittero-emoglobinurica, filarosi, lebbra, leishmaniosi, leptospirosi, malaria, meningite cerebro-spinale epidemica, micosi tropicale cutanea, peste, sprue, vaiolo.

9) Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di €. 7.500,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

11) Rimborso spese di trasporto a seguito di infortunio all'estero

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di €. 5.000,00.

12) Invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%

L'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, accertata con i criteri di indennizzabilità previsti dalle "Norme", verrà indennizzata al 100% del capitale assicurato.

13) Abrogazione della franchigia per invalidità permanente non inferiore al 20%

Qualora il grado di invalidità permanente risulti pari o superiore al 20%, l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di franchigie.

14) Raddoppio indennizzo morte per i beneficiari minori in caso di commorienza dell'assicurato e del coniuge

Qualora tra i beneficiari designati o aventi altrimenti diritto figurino figli minori o permanentemente inabili al lavoro, la quota parte dell'indennizzo spettante a questi ultimi viene raddoppiata quando, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso infortunio subito dall'Assicurato, sia deceduto anche il coniuge con esso convivente.

Il beneficio di cui sopra è escluso nel caso in cui l'infortunio si verifichi in occasione del rischio di volo previsto dalle "Norme".

15) Danno estetico

Se in seguito ad un infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli Assicurati subissero deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso, provocati da infortunio e non altrimenti risarcibili, la Società riconoscerà fino alla concorrenza di €. 15.000,00.= un indennizzo a titolo di rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per eventuali interventi di chirurgia plastica ed estetica.

16) Esonero della denuncia di infermità preesistenti

A parziale deroga delle "Norme" resta inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti.

Pertanto, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà calcolato in base ai "Criteri di indennizzabilità" di cui alle "Norme".

17) Esonero denuncia altre assicurazioni

In deroga alle "Norme", il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

18) H.I.V.

La Società corrisponde il capitale di €. 30.000,00.= qualora l'Assicurato, a seguito di puntura o ferita occasionale provocate da oggetto infettato dal virus o a seguito di aggressione, risulti sieropositivo secondo gli accertamenti previsti.

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV, deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società a mezzo telegramma o telex o fax indirizzato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, indicando giorno, ora e luogo in cui si è verificato l'evento.

Entro sei giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un Centro specializzato. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo. In caso di negatività il test per HIV dovrà essere ripetuto entro 180 giorni dall'evento. Se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà l'indennizzo di € 30.000,00.=

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli obblighi relativi ai test immunologici sono essenziali per la validità della copertura; in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.



19) Se l'invalidità permanente è superiore al 50% , tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro, verrà liquidata una **rendita vitalizia mensile** pari al 50% dello stipendio mensile, con il massimo di € 2500,00= .

20) Buona Fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipula della polizza, non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo nè riduzione dello stesso, semprechè tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo o colpa grave.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

FONDIARIA - SAI S.p.A.
Divisione Fondiaria
Agente Generale di Roma
Un Procuratore

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE
IL PRESIDENTE
(Prof. Roberto Petronzio)

Roma, 30 aprile 2010