



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

CONDIZIONI DI POLIZZA – INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

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

Assicurazione: è il contratto con il quale L'assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (Art. 1882 del C.C.).

Beneficiario: il Soggetto cui è destinata – per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato – o per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto a domicilio al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Franchigia: parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea: La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

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

Invalidità permanente: la perdita definitiva a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Parti: Il Contraente / Assicurato e la Società.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Assicuratrice Milanese S.p.A.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Articolo 1) – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Articolo 2) – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1910 C.C. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

Articolo 3) – Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, 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 e fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Articolo 1901 del C.C.

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

Articolo 4) – Modifiche dell'assicurazione

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

Articolo 5) – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.



Articolo 6) – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata a mezzo di lettera raccomandata A.R. e pervenuta alla Società almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Articolo 7) – Oneri fiscali

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

Articolo 8) – Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Articolo 9) – Oggetto dell'assicurazione

Premesso che: si intende per infortunio esclusivamente ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza
- b) di ogni altra attività di carattere non professionale

Sono considerati infortuni anche:

- ✓ l'asfissia di origine non morbosa
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- ✓ l'annegamento
- ✓ l'assideramento o congelamento
- ✓ i colpi di sole o di calore
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti
- ✓ le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa che
 - a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza), fino ad un massimo di 15 giorni
 - b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale
 - c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operatività dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 17

sono inoltre compresi gli infortuni sempre che si verifichino nell'ambito di un infortunio come definito al comma 1:

- ✓ derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 C.C.)
- ✓ derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi
- ✓ derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria (in deroga all'articolo 1912 C.C.)
- ✓ sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona
- ✓ derivanti da stato di guerra, in deroga all'articolo 1912 C.C., per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Articolo 10) Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, 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) dalla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- d) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, canoa fluviale, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corda elastica, sci acrobatico, arrampicata libera (free climbing), scalata di rocce o ghiaccio oltre il grado "terzo" della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), slittino da gara, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore;
- e) dall'esercizio di tutti gli sport praticati a livello professionistico, semiprofessionistico o svolti sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione;
- f) da stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- g) da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 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) da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- j) da attività di volontariato o sportive svolte con carattere di continuità o di professionalità indipendentemente dallo scopo di lucro o dalla percezione di una qualunque remunerazione.

Articolo 11) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile.

Articolo 12) Servizio militare

L'assicurazione non è operante per gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Articolo 13) Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.



Articolo 14) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Società entro 30 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Articolo 15) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il Contraente/Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea, nonché inviare certificato medico attestante la fine della malattia o della inabilità.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Articolo 16) Criteri di indennizzo

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'eventuale incidenza che l'infortunio esercita in dette preesistenti condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Articolo 17) Controversie sulla determinazione del danno

In caso di infortunio se sorgono divergenze sulla natura medica, sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti, la loro determinazione viene demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio 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.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissidente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Articolo 18) Limite di risarcimento per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 750.000.

Detto limite s'intende elevato a Euro 1.000.000,00 in caso di incidente aereo che colpisca più persone assicurate, in qualità di passeggeri di aeromobili, con questa e con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente.

In entrambi i casi qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopraindicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.

Articolo 19) Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

GARANZIE

Articolo 20) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Articolo 21) Morte presunta

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

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Articolo 22) Invalidità permanente

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, la Società corrisponde l'indennizzo determinato con i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata (invalidità permanente totale);
- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente (invalidità permanente parziale), che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

perdita, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
• Un arto superiore	70%	60%
• Una mano o un avambraccio	60%	50%
• Un pollice	18%	16%
• Un indice	14%	12%
• Un medio	8%	6%
• Un anulare	8%	6%
• Un mignolo	12%	10%
• Una falange ungueale del pollice	9%	8%
• Una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito



Anchilosi:		
• Della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• Del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• Del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• Del nervo radiale	35%	30%
• Del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia		70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita anatomica o funzionale di:		
• un piede		40%
• ambedue i piedi		100%
• un alluce		5%
• un dito del piede diverso dall'alluce		1%
• falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole		35%
• del ginocchio in estensione		25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto		10%
• della tibio-tarsica con anchiloso della sotto astragalica		15%
Paralisi completa del nervo:		
• sciatico popliteo esterno		15%
Esiti di frattura scomposta di una costola		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale		12%
• una vertebra dorsale		5%
• 12° dorsale		10%
• una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
Esiti di frattura del sacro		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio		25%
• ambedue gli occhi		100%
Sordità completa di:		
• un orecchio		10%
• ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
• monolaterale		4%
• bilaterale		10%
Perdita anatomica di :		
• Un rene		15%
• Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono 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 a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dello stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, in riferimento alle percentuali dei casi riportati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Articolo 23) Franchigia assoluta per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- > Sulla parte della somma assicurata fino a Euro 100.000, la Società corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- > Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 100.000 e fino a Euro 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- > Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 200.000 e fino la massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Articolo 24) Inabilità temporanea

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

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

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.



Articolo 25) Franchigia assoluta per inabilità temporanea

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) Se la somma assicurata per inabilità temporanea è pari o inferiore a Euro 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;
- b) Se la somma per inabilità temporanea è superiore a Euro 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui ai precedenti punti a) e b) verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Articolo 26) Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione. La durata massima è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

Articolo 27) Diaria da convalescenza post ricovero (operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio)

In caso di ricovero superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità pari al 50% dell'importo convenuto alla garanzia "Diaria da ricovero per infortunio" per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni.

Articolo 28) Diaria per gessatura da infortunio – condizione aggiuntiva alla diaria da ricovero per infortunio (operante solo se richiamata in polizza)

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili) applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 30 giorni.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali e delle singole dita della mano e del piede.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno successivo al giorno di dimissione.

Articolo 29) Rimborso spese mediche per infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

- Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
 - a) Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria. Diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - b) Rette di degenza (esclusa ogni spesa di natura alberghiera)
 - c) Assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali somministrati durante il ricovero;
 - d) Trattamenti fisioterapici rieducativi (escluse le cure termali) effettuate nel periodo di ricovero e sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;
 - e) Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets
- Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
 - a) Prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche
 - b) Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets
 - c) Trattamenti fisioterapici o rieducativi (escluse le cure termali) effettuati nei 90 giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto previa detrazione del 25% delle spese e per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

A) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità.

B) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità.

C) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella INAIL)

A parziale deroga dell'articolo 22), la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute anteriormente alla data di stipulazione della polizza. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa.

D) Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente

L'articolo 22 si intende annullato e sostituito dal seguente:

"in caso d'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino a Euro 100.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 100.000 e fino a Euro 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 7%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 200.000 e fino al massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.