



ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Contratto di Assicurazione

Assicurazione Infortuni cumulativa aziendale

Contraente: **UN.I.C.A**

Polizza n°: **370664972**



ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Atto terroristico

Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Professionale

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

Extraprofessionale

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.

Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

Completa

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nei casi previsti per l'ambito di operatività

dell'assicurazione "Professionale" che in quelli previsti per l'ambito di operatività "Extraprofessionale".

Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1

Ambito di operatività dell'assicurazione

Per ciascuna categoria o persona assicurata l'assicurazione è operante per l'ambito di operatività indicato:

- Nelle specifiche Condizioni di seguito denominate "Garanzie Specifiche"
- Nelle relative schede di polizza.*

Art. 1.2

Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Precisazioni sull'ambito di operatività

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o atto terroristico nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);
- g) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria;*
- h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave - gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

servizio militare - gli infortuni avvenuti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso e i richiami per esercitazioni, *con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;*

eventi speciali - gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;

pratica sportiva - gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport *con esclusione di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere.*

Art. 2.2

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) *gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) *gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal successivo art. 4.1 "Rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*
- d) *gli infortuni derivanti da:*
 - *partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;*
 - *partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, sci, snow-board, ciclismo, sport equestri e hockey (nelle sue varie forme), pattinaggio, se organizzate da Federazioni Sportive;*
- e) *gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione;*

- f) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche o da trattamenti non resi necessari da infortunio;*
- h) *le ernie, gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini;*
- i) *le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- j) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra.*

Art. 2.3

Limite per evento catastrofale

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 2.4

Persone escluse dalla assicurazione – Persone non assicurabili

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

Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive.

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1

Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo calcolandolo

sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

In caso di constatato 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.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2

Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle seguenti percentuali:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DX	SX
• 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%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

Anchilosi:

• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:

• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%

Perdita totale, 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 della gamba	50%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la 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 anchilosi della sottoastragalica	15%

Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno 15%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%

Sordità completa:

• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

• monolaterale	4%
• bilaterale	10%

Esiti di frattura scomposta di una costa 1%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo

di:

• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12 ^a dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di un metamero sacrale	
	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	
	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	
	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 3.3

Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri indicati nell'Appendice richiamata in polizza alla voce "Allegati modelli".

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 3.4

Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

GARANZIE SPECIFICHE

La presente polizza è stipulata in favore dei Controllori di traffico aereo operatori del servizio informazioni volo e Informatori Metereologici purchè dipendenti ENAV.

L'assicurazione è prestata anche per la perdita temporanea o definitiva dell'idoneità psicofisica allo svolgimento dell'attività di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo o di personale Informatori Metereologici purchè dipendenti ENAV, ovunque insediato, per le persone patrocinate dall'Associazione Contraente, a seguito di malattia o infortunio subiti durante il periodo di validità della presente assicurazione, perdita dichiarata dalla competente Autorità designata, in accordo alla normativa in vigore, ad attestare l'idoneità di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo, o di personale Informatori Metereologici.

Le garanzie prestate al presente settore saranno ridotte di un diciottesimo per ogni anno di età, a partire dal compimento del cinquantesimo anno di età e cesseranno il loro effetto al compimento del sessantesimo anno di età dell'Assicurato.

In caso di perdita temporanea dell'idoneità, la somma assicurata verrà liquidata per ogni giorno di sospensione della stessa, con il massimo di 365 giorni e previa deduzione di una franchigia fissa di giorni 30.

L'Assicurato, a richiesta della Società, è tenuto a proporre domanda di revisione e ricorso, nei termini e con le modalità di legge, contro la dichiarazione di inabilità definitiva allo svolgimento dell'attività di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo o di personale Informatori Metereologici, semprechè ciò sia consentito dalle disposizioni di legge in vigore.

Nel caso in cui l'Assicurato non ottemperi a tale obbligo, decade dai benefici dell'Assicurazione, salvo che un collegio arbitrale composto da tre medici, di cui due nominati dalle parti, e un terzo d'accordo tra i primi due (o in difetto nominato dal Presidente dell'Ordine dei medici di Roma), non dichiari che tale inabilità definitiva è manifesta e che, se anche l'Assicurato si fosse sottoposto a visite mediche, un eventuale nuovo giudizio non avrebbe potuto che dare conferma dell'inidoneità dell'Assicurato. In caso di morte dell'Assicurato la Società sarà obbligata verso gli aventi diritto, unicamente per i capitali assicurati con la presente polizza, se ancora da pagare al momento del decesso, e nel caso in cui la morte avvenga durante l'espletamento dell'iter previsto, finalizzato alla dichiarazione di inidoneità temporanea o definitiva da parte dei competenti organi, o per malattie rientranti tra quelle invalidanti, l'idoneità, così come stabilito dalla normativa di riferimento per le quali non sia stato possibile avviare l'iter previsto finalizzato alla dichiarazione di inidoneità (esempio malattie fulminanti, ecc...).

La garanzia di cui alla presente sezione non è operante nei casi in cui l'inidoneità:

- Sia causata direttamente o indirettamente da guerra o guerra civile, da invasione, da partecipazione attiva o volontaria a sommosse o rivolte di ogni specie, atti di pirateria o sabotaggio; si precisa, d'accordo fra le parti che, a modifica di quanto riportato dal presente comma, la garanzia, limitatamente agli infortuni professionali,

si intende comunque operante per quegli assicurati in servizio presso le FF.AA. unicamente per le attività pertinenti lo svolgimento delle mansioni di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo o di personale Informatori Meteorologici, con l'esclusione di ogni e qualsiasi attività militare che preveda o che sia finalizzata ad un coinvolgimento dell'Assicurato in attività belliche o parabelliche di ogni o qualsiasi tipo, diverso dalla suddetta attività di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo o di personale Informatori Meteorologici.

- Sia causata direttamente o indirettamente dall'esporsi deliberatamente a pericoli eccezionali (salvo i casi di tentativi di salvataggio di vite umane o per evitare la distruzione dell'aereo, degli apparati e/o i beni) o da propri atti criminali.
- Sia causata da rischi inerenti la trasmutazione del nucleo dell'atomo e/o radiazioni atomiche.
- Sia causata dall'assunzione di sostanze tossiche, droghe o narcotici (salvo casi di avvelenamenti acuti da involontaria ingestione o assorbimento di sostanze con l'esclusione in ogni caso dell'uso di droghe e/o narcotici).

Nel caso di accertata inidoneità definitiva e temporanea a svolgere l'attività di controllore del traffico aereo, di operatore del servizio informazioni volo o di personale Informatori Meteorologici, dell'esito della visita, dovrà darne comunicazione scritta alla Società, ed alla Contraente per conoscenza, indicando le ragioni che hanno determinato tale inidoneità per quanto a sua conoscenza e facendo copia autentica delle comunicazioni. Per i casi di inidoneità temporanea la cui causa sia direttamente o indirettamente riconducibile alla causa che ha determinato precedenti inidoneità ammesse a liquidazione, si applicherà una riduzione del risarcimento previsto pari al 15% se certificata entro 365 giorni dalla data della precedente dichiarazione di inidoneità. Dopo tale periodo sono ripristinate le normali garanzie.

Limitatamente alla presente garanzia, sono assicurabili i controllori del traffico, gli operatori del servizio informazioni volo e il personale Informatori Meteorologici alla condizione essenziale che al momento dell'ingresso in garanzia risultino idonei allo svolgimento dell'attività così come certificato dalla competente autorità.

Per quanto riguarda la somma caso morte indicata nella relativa scheda

In caso di morte dell'Assicurato la Società sarà obbligata verso gli aventi diritto, unicamente per tale somma, se ancora da pagare al momento del decesso, e nel caso in cui avvenga durante l'espletamento dell'iter previsto finalizzato alla dichiarazione di inidoneità temporanea o definitiva da parte dei competenti organi, o per malattie rientranti tra quelle invalidanti dell'idoneità, così come stabilito dalla normativa di riferimento per le quali non sia stato possibile avviare l'iter previsto, finalizzato alla dichiarazione di inidoneità (esempio malattie fulminanti).

Le somme indicate nelle relative schede sono da intendersi cumulabili con quelle relative alla perdita dell'idoneità o con altre assicurazioni sulla vita.

GARANZIE PER PERDITA DEFINITIVA

ETA' BASE	INTERMEDIA	AVANZATA
X - 40 € 90.000,00	€ 180.000,00	€ 250.000,00

41- 59 € 60.000,00 € 120.000,00 € 200.000,00

GARANZIE PER DIARIE DA PERDITA TEMPORANEA

Per la formula BASE € 30 al giorno, per l'INTERMEDIA € 35 al giorno, per l'AVANZATA € 40 al giorno.

Premio annuale finito per persona pari ad € 120,011 per la garanzia BASE, €173,999 per la INTERMEDIA, E 251,942 per l'AVANZATA.

GARANZIA SOLO CASO INFORTUNIO

E' inoltre prevista una quarta fascia di garanzia relativa al solo caso di infortunio con esclusione quindi delle garanzie inerenti la perdita dell'idoneità. Tale fascia avrà i massimali già stabiliti in polizza ed un premio per associato aderente pari ad Euro 84,00.

- la copertura assicurativa, per le sole garanzie di Morte e IP previste dalla Quarta Fascia con somme assicurate pari rispettivamente ad € 80.000 ed € 100.000, potrà essere estesa ai componenti il nucleo familiare degli iscritti alla Contraente, intendendosi per tali coniuge, o situazione di fatto assimilabile, e figli purchè risultanti dallo stato di famiglia di ciascun iscritto. La garanzia vale per i rischi professionali e normali rischi extra professionali previsti dalle condizioni generali di assicurazione della presente polizza e semprechè le attività professionali svolte non prevedano attività manuali e/o uso di macchine azionate da motore; il premio annuo per ciascun familiare assicurato è pari ad € 84,00

ULTERIORI FASCE DI GARANZIA

Vengono previste altre quattro fasce di garanzie denominate:

Base plus, Intermedia Plus, Avanzata Plus, Quarta fascia Plus, che prevedono l'estensione della copertura assicurativa alle garanzie **Rimborso spese sanitarie** per € 7.500,00 e **Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave** per € 7.500,00 annui.

Il premio finito annuo per assicurato, che si aggiunge ai premi della fasce già in vigore, per le sole garanzie Rimborso spese sanitarie e per l'Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave è di € 15,00. Tale estensione di garanzie al medesimo premio di € 15,00 sarà applicabile anche ai componenti il nucleo familiare come definiti sopra.

Tali garanzie vengono regolate dalle seguenti condizioni:

Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza le spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;

- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con autoambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, previa applicazione per ciascun evento dell'eventuale scoperto / franchigia indicato in polizza, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero e abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a € 1.000,00. In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipo viene corrisposto nei limiti suddetti, salvo conguaglio a cura ultimata.

Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado non inferiore al 66%, la Società corrisponderà all'Assicurato, oltre a quant'altro dovuto ai sensi della polizza suindicata, la somma necessaria per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di rendita vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta. Detta somma sarà pari al premio necessario per avere diritto ad una rendita il cui importo iniziale annuo risulti uguale a quanto indicato nella presente polizza.

Inoltre si conviene che nei confronti dei figli fino a 10 anni di età degli iscritti che risultino regolarmente assicurati si intende prestata gratuitamente una **Speciale copertura** alle seguenti condizioni:

Speciale copertura per figli di età fino a 10 anni

La Società garantisce senza sovrappremio ai figli aventi un'età, al momento dell'infortunio, fino a 10 anni:

- una somma di euro 25.000,00 per invalidità permanente. *Su tale somma nessun indennizzo viene corrisposto nel caso l'invalidità accertata secondo i criteri di cui agli artt. 3.1 e 3.2 delle condizioni di assicurazione sia di grado pari o inferiore al 25%. Nel caso l'invalidità sia superiore al 25% l'indennizzo spettante si determina applicando alla somma assicurata indicata nella presente clausola la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertato;*
- il rimborso delle seguenti spese sostenute in conseguenza diretta di un infortunio che abbia reso necessario un ricovero o un intervento chirurgico effettuato anche in regime di Day Hospital o ambulatorio medico con il limite di € 5.000,00 per:
 - onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
 - uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - esami ed accertamenti diagnostici;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con autoambulanza;

- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio. La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, previa applicazione per ciascun evento dell'eventuale scoperto / franchigia indicato in polizza, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato. La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero e abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a € 1.000,00. In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipo viene corrisposto nei limiti suddetti, salvo conguaglio a cura ultimata.

Le garanzie di cui alla presente clausola sono operanti a condizione che:

- siano assicurati con la presente polizza entrambi i genitori o, in alternativa, uno dei genitori e l'eventuale convivente more uxorio risultante da certificato di stato di famiglia.

Le garanzie di cui alla presente clausola cessano automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del decimo anno di età.

CAUSE DI INASSICURABILITA'

Ai sensi dell'articolo 2.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione della presente polizza, non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: Sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.

Il contraente dichiara di essere consapevole che le suddette condizioni sono causa di:

- Inassicurabilità se presenti attualmente;
- Cessazione automatica dell'Assicurazione contestualmente al loro manifestarsi in corso di contratto.

La garanzia è prestata a favore dei controllori del traffico aereo, degli operatori del servizio informazioni volo e Informatori Metereologici iscritti all'UN.I.C.A., come da elenco nominativo e/o riferimento dei registri ufficiali della Contraente e che siano in regola con il pagamento della quota associativa e dei relativi premi assicurativi.

Per i nuovi aderenti, la garanzia decorrerà dal giorno 30 del mese in cui viene effettuata la trattenuta nella busta paga, o comunque dal pagamento della prima quota, ed il conferimento alla Compagnia di detti premi dovrà avvenire alla prima scadenza trimestrale utile.

L'assicurazione è in base al numero del personale Assicurato o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate.

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma delle presenti condizioni di polizza. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente e agli altri registri per le assicurazioni sociali, documenti che il contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli, salvo il caso di personale non iscritto ai libri predetti per i quali, ai fini dell'efficacia della garanzia, il Contraente è obbligato a comunicare le generalità a mezzo lettera raccomandata da inoltrarsi all'Agenzia assegnataria del contratto con l'intesa che la garanzia decorrerà dalle ore 24 della data del timbro postale. Per tale forma assicurata il contraente è inoltre esonerato:

- dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli assicurati fossero affetti al momento della stipula della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'articolo 5.2 Criteri di Indennizzabilità.

- dall'obbligo della denuncia preventiva di altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 6.4 delle presenti Condizioni di Polizza.

Fermo restando l'obbligo di dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia dell'infortunio. Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Entro il sessantesimo giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa o del minor periodo di durata del contratto, il contraente è tenuto a comunicare alla Società: (per ciascuna categoria assicurata in base al numero di persone come da relative schede) il numero dei soci assicurati all'ultimo giorno di ogni mese del periodo considerato. La Società effettuerà la regolazione del premio definitivo prendendo come base la media delle suddette presenze che si ottiene dividendo per 12 il numero complessivo degli assicurati risultante, per ciascuna categoria, alla fine di ogni mese.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 15 giorni dalla relativa comunicazione.

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

Se il contraente non effettua nei termini previsti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 gg, trascorsi i quali il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare per 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 gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per il quale il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti o le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire, se necessario, i libri paga.

Resta inteso che, in nessun caso, la somma dovuta a titolo di premio minimo annuo potrà

essere inferiore ad € 74.694,00 (comprensivi di imposta).

GARANZIA AGGIUNTIVA

Si dà e si prende atto inoltre che la perdita temporanea dell'idoneità si ritiene operante a seguito di ogni evento che produca tale inidoneità di durata superiore a 21 giorni, ferma la franchigia di 30 giorni, e si intenderà conclusa dalla data della certificazione della ripresa in servizio.

È data facoltà, qualora la inidoneità si dovesse protrarre per oltre 365 giorni, di richiedere la liquidazione dell'indennità maturata a secondo della fascia garantita e la stessa si intenderà come acconto dell'eventuale trasformazione dell'inidoneità da temporanea a definitiva.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1

Rischio volo

A parziale deroga dell'art. 2.2 "Esclusioni" – lett. c), la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento, trasporto privato aziendale (*Industrial Aid*) e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto privato aziendale (Industrial Aid) e dal trasporto pubblico di passeggeri;*
- su aeromobili di aeroclubs;*
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare le somme di:

- euro 6.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;*
- euro 6.000.000,00 per il caso di morte;*
- euro 6.000,00 per il caso di inabilità temporanea, se assicurata la prestazione;*

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed

imputazione proporzionale sui singoli contratti.

L'assicurazione non vale in caso di contratto di durata inferiore all'anno.

Art. 4.2

Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio o rende impossibile la delimitazione del rischio assicurato col presente contratto al punto che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dal contratto, in conformità all'art. 1898 Codice Civile.

Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione, in conformità all'art. 1897 Codice Civile.

Art.4.3

Variazioni della persona del Contraente

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

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

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

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 4.4

Variazioni delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate alla Società restando inteso che:

- *se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e il Contraente è obbligato al pagamento del relativo premio entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa;*

- *la cessazione dei singoli Assicurati, che comunque deve essere adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione dà luogo ad una corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva.*

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

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

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

Art. 5.2

Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato 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.

Art. 5.3

Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo per la garanzia "Invalidità Permanente da infortunio", qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00.

Art. 5.4

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove 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 delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5

Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

Art. 5.6

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

6. NORME GENERALI

Art. 6.1

**Dichiarazioni
del Contraente
e/o Assicurato –
Forma delle
comunicazioni**

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax.

Art. 6.2

Foro competente

Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quelle previste dal precedente art. 5.4, foro competente a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede legale del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

Art. 6.3

**Pagamento
del premio –
Decorrenza
dell'assicurazione
– Periodo
di assicurazione –
Mezzi
di pagamento
del premio**

L'assicurazione ha effetto dal giorno e ora indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

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

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (addebito diretto SEPA (SDD));

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Art. 6.4

Altre assicurazioni *Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori. La Società, entro 30 giorni dall'avviso, può escludere dall'assicurazione detto rischio o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i casi, di almeno 15 giorni. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.*

Tuttavia, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

Deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia dell'infortunio.

Art. 6.5

Recesso in caso di sinistro *Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, con preavviso di 15 giorni, rimborsando la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.*

La Società potrà avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per sinistri relativi alle garanzie Infortuni. In tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, la Società si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le eventuali garanzie Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 6.6

Proroga dell'assicurazione *In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione di anno) e così successivamente, ma col limite di due anni per ogni tacito rinnovo.*

Art. 6.7

Tutela della Privacy (D.Lgs. 196/2003) *Premesso che per dare esecuzione al presente contratto la Società tratta dati personali, comuni e sensibili, relativi agli Assicurati, per consentire alla stessa – ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – di effettuare tali trattamenti, i soggetti legittimati a presentare la denuncia di danno sono tenuti ad utilizzare esclusivamente il modulo di denuncia allegato al presente contratto nel quale è riportata l'informativa ex art. 13 dello stesso decreto, con richiesta di consenso al trattamento dei dati.*
In ogni caso, qualora il Contraente comunichi alla Società i nominativi degli Assicurati, antecedentemente al verificarsi dei sinistri, allo scopo di consentire alla Società l'allestimento – anche per il tramite di soggetti di cui questa si avvalga in qualità di incaricati, responsabili o di autonomi titolari – dei servizi necessari all'esecuzione del presente contratto, il medesimo è tenuto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, a portare gli Assicurati a conoscenza dell'Informativa privacy allegata al contratto stesso.

Art. 6.8

Oneri *Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.*

Art. 6.9

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

Art. 6.10

Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte *Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:*

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.*
- *gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Il contraente si impegna a fornire all'Impresa di assicurazioni nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.

L'impresa di assicurazioni avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

SCHEDA 1 – Formula Base

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 32 **Persone** PER LA CATEGORIA **Impiegati con mansioni amministrative - formula Base**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **120,00** (comprensivo di imposta).

SCHEDA 2 – Formula Base Plus

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 01 **Persone** PER LA CATEGORIA **Impiegati con mansioni amministrative - formula Base Plus**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- euro 7.500,00 Rimborso spese sanitarie
- euro 7.500,00 Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **135,00** (comprensivo di imposta).

SCHEDA 3 – Formula Intermedia

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 142 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Intermedia**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **174,00** (comprensivo di imposta).

SCHEDA 4 – Formula Intermedia Plus

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 00 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Intermedia Plus**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- euro 7.500,00 Rimborso spese sanitarie
- euro 7.500,00 Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA**.

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **189,00** (comprensivo di imposta).

SCHEDA 5 – Formula Avanzata

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 161 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Avanzata**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA**.

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **252,00** (comprensivo di imposta).

SCHEDA 6 – Formula Avanzata Plus

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 16 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Avanzata Plus**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- euro 7.500,00 Rimborso spese sanitarie
- euro 7.500,00 Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave
- Garanzia per perdita definitiva idoneità
- Garanzia per diaria da perdita temporanea di idoneità

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA**.

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro 267,00 (comprensivo di imposta).

SCHEDA 7 – Formula Infortuni (Quarta fascia)

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 08 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Infortuni**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA**.

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro 84,00 (comprensivo di imposta).

SCHEDA 8 – Formula Infortuni Plus (Quarta fascia plus)

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 05 **Persone PER LA CATEGORIA Impiegati con mansioni amministrative - formula Infortuni Plus**

Ciascuna persona s' intende assicurata per:

- euro 100.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 80.000,00 in caso di morte
- euro 7.500,00 Rimborso spese sanitarie
- euro 7.500,00 Indennità' aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidita' grave

Ambito di operatività: **COMPLETA**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dalla Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA**.

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro 99,00 (comprensivo di imposta).

GENERALI ITALIA S.P.A.
Agenzia Milano Lorenteggio

IL CONTRAENTE