



La mia salute

Condizioni di assicurazione

(Mod. V306/98)



Gentile Contraente,

stipulando questa polizza di assicurazione sulla salute, Lei realizza un programma di previdenza che Le consentirà di guardare al futuro con maggiore tranquillità.

Per le Sue esigenze assicurative attuali, questa polizza rappresenta sicuramente la soluzione migliore. Qualora tali esigenze dovessero mutare, il nostro Agente Le offrirà una qualificata consulenza per suggerirLe l'alternativa più adeguata.

In questo libretto Lei trova le Condizioni di Assicurazione suddivise in capitoli, precedute da alcune INFORMAZIONI GENERALI, previste dalle norme vigenti che invitiamo a leggere con attenzione.

La Sua polizza è regolata dalle norme comuni (Cap. A), dalle norme speciali dell'assicurazione richiesta (Infortuni - Cap. B, Malattia - Cap. C) e da altre eventuali condizioni particolari richiamate nella polizza.

La invitiamo a leggere attentamente tali Condizioni prima della firma della proposta o della polizza.

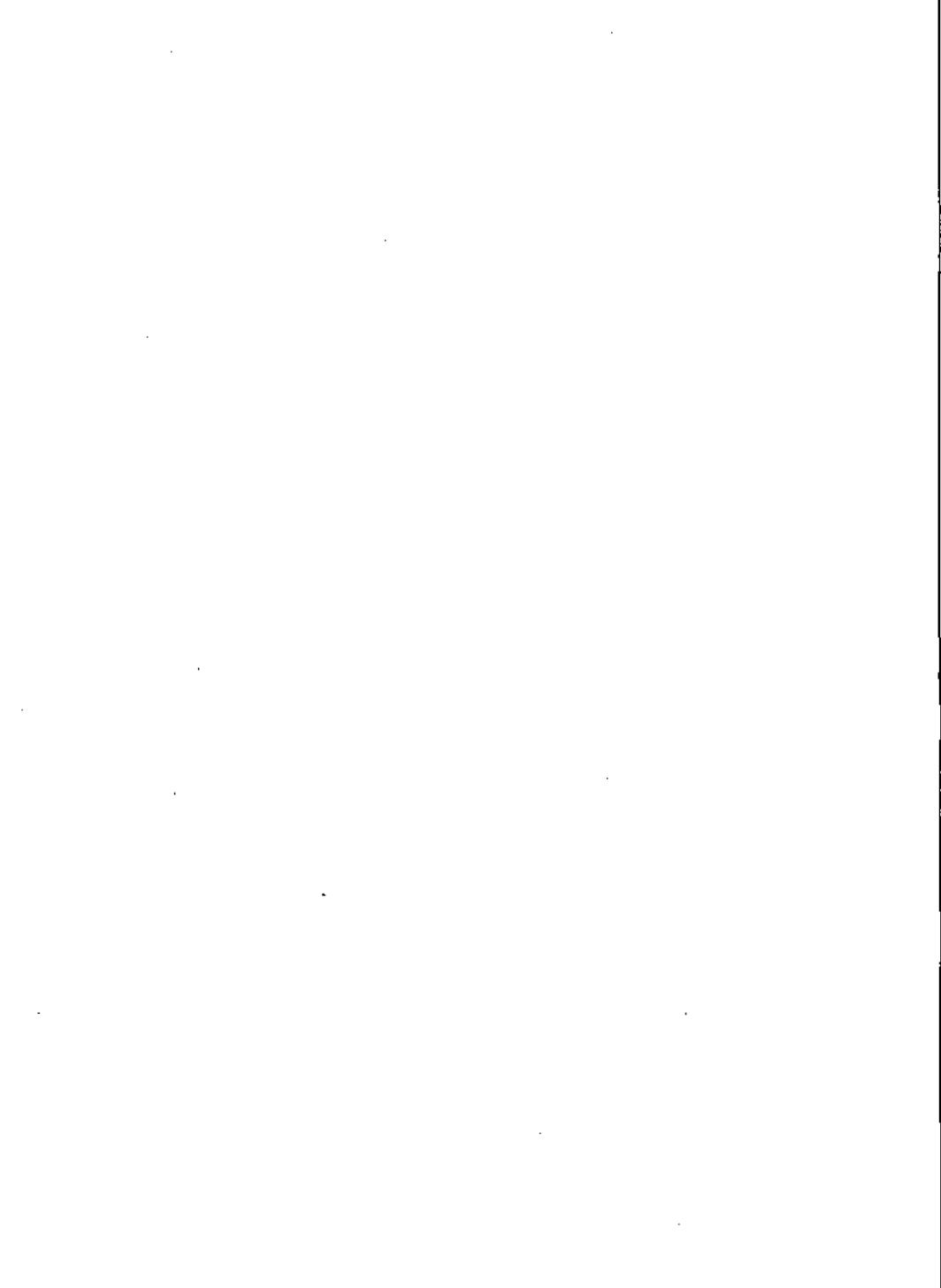
Le consigliamo vivamente di prestare attenzione nella compilazione del questionario sanitario e di rispondere in modo completo e veritiero alle domande in esso formulate. Tutto ciò per evitare spiacevoli contestazioni in fase di liquidazione degli indennizzi.

Nella tasca interna di questo libretto potrà conservare tutta la documentazione relativa alla polizza (copia della proposta, della polizza, appendici, quietanze di premio e documenti di liquidazione, ecc).

Per qualsiasi esigenza, Le ricordiamo che potrà rivolgersi al nostro Agente. In particolare, per le richieste di liquidazione, abbiamo predisposto apposito modulo che dovrà essere compilato allegando tutta la documentazione richiesta. Tale modulo, il cui fac-simile è riprodotto in ultima pagina del presente fascicolo, potrà trovarlo presso la nostra Agenzia.

La ringraziamo per la preferenza accordataci e restiamo a Sua completa disposizione per qualunque esigenza.

Sara Vita



I N D I C E

INFORMAZIONI GENERALI	pag. 7
DEFINIZIONE	8
CAP. A) NORME COMUNI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA	9
Art. 1 - Effetto, durata minima e durata massima dell'assicurazione	9
1.1 Pagamento del premio.....	9
1.2 Rinnovo dell'assicurazione dopo la durata minima.....	9
1.3 Estinzione anticipata della polizza.....	9
Art. 2 - Dichiarazioni dell'Assicurato	9
2.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	9
2.2 Altre assicurazioni.....	9
2.3 Assicurazioni per conto altrui.....	10
Art. 3 - Capitale assicurato - Capitale residuo	10
Art. 4 - Invalidità permanente	10
4.1 Durata e termine della garanzia.....	10
4.2 Valutazione del grado di invalidità permanente.....	10
4.3 Capitale liquidabile.....	10
4.4 Modalità di liquidazione.....	11
4.4.1. Importo in contanti.....	11
4.4.2. Rendita vitalizia.....	11
4.4.3 Regolamento Fondo Più.....	11
Art. 5 - Diaria da ricovero	12
5.1 Diaria di degenza.....	12
5.2 Denuncia e liquidazione dei sinistri.....	12
Art. 6 - Disdetta in caso di sinistro	12
Art. 7 - Controversie - arbitraggio irrituale	12
Art. 8 - Norme finali	13
8.1 Rinuncia al diritto di surrogazione.....	13
8.2 Validità territoriale.....	13
8.3 Modifiche dell'assicurazione.....	13
8.4 Oneri fiscali.....	13
8.5 Rinvio alle norme di legge.....	13
CAP. B) NORME SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	16
Art. 9 - Delimitazione di rischio	16
9.1 Garanzie prestate.....	16

9.2	Rischi assicurati.....	pag.	16
9.2.1	Infortunati cagionati da colpa grave e da tumulti popolari.....	"	16
9.2.2	Infortunati determinati da calamità naturali.....	"	16
9.2.3	Infortunati occorsi durante il servizio militare.....	"	16
9.2.4	Infortunati causati da guerra ed insurrezioni.....	"	17
9.2.5	Rischio volo.....	"	17
9.3	Rischi esclusi.....	"	17
9.4	Persone non assicurabili - variazioni del rischio.....	"	18
9.4.1	Aggravamento del rischio.....	"	18
9.4.2	Diminuzione del rischio.....	"	18
9.5	Criteri di indennizzabilità.....	"	18
9.6	Denuncia di sinistro e obblighi dell'Assicurato.....	"	18
Art. 10-Caso morte	"	"	18
10.1	Capitale liquidabile.....	"	18
10.2	Condizione Particolare per Soci ACI.....	"	18
10.3	Liquidazione del sinistro.....	"	19
10.3.1	Denuncia di sinistro e documentazione.....	"	19
10.3.2	Modalità di liquidazione.....	"	19
Art. 11 - Caso invalidità permanente	"	"	19
Art. 12-Caso ricovero	"	"	19
12.1	Diaria di convalescenza post-ricovero.....	"	19
12.2	Diaria per applicazione di apparecchio gessato.....	"	19
12.3	Modalità di liquidazione.....	"	20
CAP. C) NORME SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA	"	"	21
Art. 13 - Delimitazione del rischio	"	"	21
13.1	Garanzie prestate.....	"	21
13.2	Rischi assicurati.....	"	21
13.3	Rischi esclusi.....	"	21
13.4	Persone non assicurabili.....	"	21
13.4.1	Aggravamento del rischio.....	"	21
13.5	Criteri di indennizzabilità.....	"	21
13.6	Diritto di recesso.....	"	22
13.7	Termini di aspettativa - carenza.....	"	22
Art. 14-Caso ricovero	"	"	22
14.1	Diaria di convalescenza.....	"	22
Art. 15 - Caso di invalidità permanente	"	"	22
15.1	Denuncia del sinistro e documentazione.....	"	22

Modulo di richiesta per liquidazioni

A) Informazioni relative alla Società

La Società che offre l'assicurazione è denominata SARA VITA spa, è una Società per azioni, con capitale sociale di 20 miliardi interamente versati ed ha Sede in Roma - Via Po n. 20 - 00198, telefono 06/84.751.

B) Lingua utilizzabile

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

C) Legislazione applicabile

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

D) Regole relative all'esame dei reclami

Il Cliente che non si ritenga pienamente soddisfatto del servizio ricevuto, può esporre le sue ragioni alla Società che è in ogni caso a disposizione per fornire tutti i chiarimenti utili.

E' comunque facoltà del Cliente presentare reclamo all'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo), Sezione Reclami, con sede in Roma 00193 Via Vittoria Colonna n. 39, quale organo a ciò preposto.

DEFINIZIONI

Nel testo di polizza si intendono per:

- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- **Assicurazione infortuni:** l'insieme delle norme regolanti le garanzie previste per i casi di infortunio
- **Assicurazione malattia:** l'insieme delle norme regolanti le garanzie previste per i casi di malattia
- **Beneficiari:** gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte a seguito di infortunio
- **Capitale assicurato:** importo indicato sul modulo di polizza che rappresenta il massimo indennizzo per ciascuna delle assicurazioni previste in polizza (malattia o infortuni)
- **Capitale residuo:** rappresenta l'importo massimo indennizzabile per il sinistro denunciato; esso è pari al capitale assicurato diminuito di tutti gli importi liquidati per la stessa assicurazione (infortunio oppure malattia) in data anteriore rispetto alla data del sinistro denunciato
- **Carenza:** il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione della polizza e l'inizio della garanzia
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione e si obbliga al pagamento del premio
- **Convalescenza:** il periodo tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione
- **Durata massima:** il numero di anni complessivo per il quale la Società è impegnata a garantire l'assicurazione dietro il pagamento dei premi da parte del Contraente: essa può essere anche illimitata (vita intera)
- **Durata minima:** il numero di anni per il quale il Contraente è impegnato a pagare il premio annuo ai sensi dell'art. 1901 c.c.
- **Day Hospital:** struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, erogante prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti
- **Diaria:** la somma assicurata per ogni giorno di ricovero
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbia come conseguenza la morte o l'invalidità permanente o ricovero in istituto di cura
- **Invalidità permanente:** la perdita definitiva od irrimediabile, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta
- **Istituto di cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituto di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Malformazione - Difetto fisico:** ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia o eliacamente diagnosticabile
- **Parti:** il Contraente e la Società
- **Polizza:** l'insieme dei documenti che provano l'assicurazione
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- **Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura pubblico o privato, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
- **Riserva di senescenza:** importo accantonato dalla Società per far fronte all'aggravamento del rischio legato all'aumentare dell'età dell'Assicurato nel corso della polizza, rimanendo il premio di polizza costante per tutta la durata del contratto
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro
- **Sinistro:** il vendicarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
- **Società:** l'impresa assicuratrice SARA VITA spa
- **Stato patologico:** ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

CAPITOLO A

NORME COMUNI VALIDE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E PER L'ASSICURAZIONE MALATTIE

Art. 1 Effetto, durata minima e durata massima dell'assicurazione

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

Nel corso della durata minima il Contraente è tenuto al pagamento del premio. In tale periodo il mancato pagamento del premio o delle rate di premio comporta la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Al termine della durata massima l'assicurazione si estingue senza necessità di formulazione di disdetta dalle parti.

1.1 Pagamento del premio

Il premio annuo indicato in polizza rimane costante per tutta la durata massima dell'assicurazione.

1.2 Rinnovo dell'assicurazione dopo la durata minima

Dopo il termine della durata minima e entro il termine della durata massima:

- l'Assicurato ha la facoltà di rinnovare anno per anno e per un ulteriore anno l'assicurazione corrispondendo il premio annuo, o la prima rata di premio annuo, entro il termine di 15 giorni dalla data di scadenza; il pagamento della prima rata di premio annuo impegna l'Assicurato al pagamento dell'intera annualità di premio.

- la Società è impegnata al rinnovo delle garanzie assicurate, alle stesse condizioni dell'anno precedente, per una ulteriore annualità;

- il mancato pagamento del premio entro il termine suddetto viene inteso come volontà del Contraente di rescindere il contratto e, pertanto, comporta la decadenza dell'assicurazione. La Società provvederà in tal caso al rimborso della riserva di senescenza accantonata unitamente al premio eventualmente versato successivamente al termine stesso.

1.3 Estinzione anticipata della polizza

La polizza si estingue allorquando l'ammontare del capitale residuo, come definito all'art. 3, diventa uguale a zero. In caso di estinzione anticipata della polizza - da qualsiasi causa determinata - sarà liquidabile su richiesta del Contraente l'ammontare della riserva di senescenza accantonata sulla polizza quale risulta dopo la data dell'ultima liquidazione.

Art. 2 Dichiarazioni dell'Assicurato

2.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

2.2 Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a

ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

2.3 Assicurazioni per conto altrui

Qualora l'assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 3 Capitale assicurato - Capitale residuo

Il capitale assicurato viene indicato nel testo di polizza e rappresenta l'ammontare massimo della prestazione garantita per ciascuna assicurazione (infortuni o malattia).

Il capitale residuo viene determinato alla data del sinistro ed è pari al capitale assicurato diminuito della somma degli indennizzi liquidati prima della stessa data per la medesima assicurazione (malattia o infortunio) cui il sinistro si riferisce.

Per indennizzi liquidati si intende la somma degli importi liquidati per il caso di ricovero (art. 5, art. 12 e art. 14) e dei capitali liquidati - come definiti all'art. 4.3 - per il caso di invalidità permanente.

Art. 4 Invalidità permanente

4.1 Durata e termine della garanzia

La garanzia per invalidità permanente viene prestata, al massimo, fino al 65° anno di età dell'Assicurato.

Qualora l'assicurazione preveda una durata illimitata o, comunque, una scadenza in data successiva alla data di compimento del 65° anno di età da parte dell'Assicurato, la garanzia per invalidità permanente termina a tale data.

Nessuna prestazione sarà pertanto garantita in caso di invalidità conseguente ad infortunio o malattia verificatosi dopo il compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

4.2 Valutazione del grado di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente sarà deter-

minato con i seguenti criteri:

4.2.1 Facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nella tabella delle pagine 14 e 15.

4.2.2 Facendo riferimento ai criteri che seguono (qualora l'invalidità non sia determinabile sulla base dei valori previsti al punto 4.2.1):

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto 4.2.1, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto 4.2.1 e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

4.2.3 La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità (calcolata sulla base dei valori indicati al punto 4.2.1 e dei criteri riportati al punto 4.2.2.), pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.-

In particolare, 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.

4.3 Capitale liquidabile

Il capitale liquidabile a titolo di invalidità permanente si otterrà applicando al capitale residuo come definito all'art. 3 la percentuale di invalidità riconosciuta ai sensi dell'art. 4.2.

Ai fini della liquidazione la suddetta percentuale sarà posta:

- uguale a zero se il grado di invalidità risulterà inferiore al 33%;
- uguale a 100 se il grado di invalidità permanente risulterà almeno pari al 66% e l'invalidità stessa avrà comportato per l'Assicurato l'abbandono definitivo di qualsiasi attività lavorativa sia dipendente che autonoma, con riconoscimento di trattamento pensionistico da parte dell'Ente pubblico a ciò preposto;
- uguale al grado di invalidità negli altri casi.

4.4 Modalità di liquidazione

Il capitale liquidabile sarà corrisposto all'Assicurato mediante il pagamento di un importo in contanti e di una rendita vitalizia così determinati:

4.4.1 Importo in contanti

L'importo in contanti sarà pari al 20% del capitale liquidabile.

4.4.2 Rendita vitalizia

La rendita vitalizia sarà corrisposta all'Assicurato in rate annuali posticipate, ciascuna di importo pari al 5% del capitale liquidabile.

La prima rata di rendita sarà pagabile al primo anniversario della data di riconoscimento dell'invalidità, e le successive ad ogni ricorrenza anniversaria di tale data, a condizione che l'assicurato risulti in vita alla stessa data.

A partire dalla seconda rata la rendita sarà soggetta a rivalutazione sulla base del tasso di rendimento di Fondo Più determinato in base al punto 3 del Regolamento riportato al punto 4.4.3.

La misura della rivalutazione sarà pari al 90% del tasso di rendimento di Fondo Più meno tre punti.

Il rendimento da prendere a riferimento per la rivalutazione è quello relativo all'anno solare immediatamente precedente la data di scadenza della rendita se tale data è successiva al mese di aprile; è quello relativo al secondo anno antecedente se tale data è compresa tra gennaio e aprile.

4.4.3 Regolamento Fondo Più

1) Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività di SARA VITA spa, che viene contraddistinta con il nome FONDO PIÙ'.

Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE legata al rendimento di FONDO PIÙ'.

La gestione di FONDO PIÙ' è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo con la circolare N. 71 del 26/03/1987, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

2) La gestione di FONDO PIÙ' è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui al D.P.R. 31/03/75 n° 136, la quale attesta la rispondenza della gestione FONDO PIÙ' al presente regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite a FONDO PIÙ', il rendimento annuo di FONDO PIÙ', quale descritto al seguente punto 3), e la adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

3) Il rendimento annuo di FONDO PIÙ' per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario di FONDO PIÙ' di competenza di quell'esercizio al valore medio del fondo stesso.

Per risultato finanziario di FONDO PIÙ' si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza di FONDO PIÙ' - al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel FONDO PIÙ' e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel FONDO PIÙ' per i beni già di proprietà della Società. Per valore medio del fondo si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli Istituti di credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività di FONDO PIÙ'.

La consistenza media annua dei titoli e delle

altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel FONDO PIÙ'. Ai fini della determinazione del rendimento annuo di FONDO PIÙ' l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre del medesimo anno.

4) La Società si riserva di apportare al punto 3), di cui sopra, quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.

Art. 5 Diaria di ricovero

5.1 Diaria di degenza

In caso di ricovero in Istituto di cura la Società corrisponde una diaria per ciascun giorno di degenza, con esclusione del primo giorno di ricovero e del giorno di dimissione.

L'importo della diaria è pari all'1./.. (un per mille) del capitale residuo.

In caso di ricovero in Day Hospital la Società corrisponde, per ciascun giorno di degenza, un importo pari alla metà della diaria come sopra definita.

La diaria è liquidata per un massimo di 120 giorni per ogni anno assicurativo, salvo i seguenti casi particolari:

- per la dialisi la diaria è corrisposta per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo;
- in caso di parto non cesareo o di aborto terapeutico la diaria è corrisposta per un massimo di tre giorni.

5.2 Denuncia e liquidazione dei sinistri

Con la denuncia del sinistro, da inviare all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro il termine di cui all'art. 1913 del C.C., deve essere fornita la certificazione medica sulla causa del ricovero.

Al termine del ricovero l'Assicurato dovrà fornire alla Società la copia della cartella clinica completa relativa al ricovero e, su richiesta della Società, dovrà inoltre sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso sciogliendo dal segreto professionale i

medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 6 Disdetta in caso di sinistro

Salvo quanto previsto all'art. 13.6, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 Controversie - arbitraggio irrituale

Le eventuali controversie sul grado di invalidità permanente o sui criteri di indennizzabilità di cui agli artt. 9.5 e 13.5 debbono essere demandate ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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 provvisoria sull'indennizzo.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redi-

gersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 8 Norme finali

8.1 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

8.2 Validità territoriale

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

8.3 Modifiche dell'assicurazione

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

8.4 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi ai premi e alle prestazioni previste dall'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

8.5 Rinvio alle norme di legge

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

Tabella: Valori delle menomazioni**Perdita, anatomica o funzionale di:**

	Destro	Sinistro
• un arto superiore	7,0%	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	1/3 del valore del dito della mano	

Anchilosi:

• di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• della scapola omerale 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 anchilosi della sotto astragalica	15%

Paralisi completa del nervo:

• sciatico popliteo esterno	15%
-----------------------------	-----

Esiti di frattura scomposta di una costa

1%

Esiti di frattura amieica somatica con deformazione a cuneo di:

• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12 ^A dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%

segue

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. A tale scopo lo stato di mancinismo deve essere dichiarato dall'Assicurato e risultare dalla polizza.

CAPITOLO B

NORME SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 9 Delimitazione di rischio

9.1 Garanzie prestate

Le garanzie per il caso di morte, per il caso di invalidità permanente e per il caso di ricovero di seguito riportate sono operanti solo se espressamente richiamate in polizza.

9.2 Rischi assicurati

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

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

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure un ricovero in istituto di cura.

Sono considerati infortuni anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore o di freddo.

L'assicurazione comprende anche:

- le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione delle malattie di cui gli insetti siano portatori necessari;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi seguenti:

9.2.1 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice

Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave compresa quindi imprudenza, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

9.2.2 Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di lire 3 miliardi per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale delle somme assicurate.

9.2.3 Infortuni occorsi durante il servizio militare

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

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

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobili-

fazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per il Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per il Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

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

9.2.4 Infortuni causati da guerra ed insurrezioni

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 9.3 "Rischi esclusi" più avanti riportato, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra e da insurrezione che l'Assicurato subisca al di fuori della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o insurrezione e non abbia partecipato attivamente agli atti di guerra o insurrezione.

9.2.5 Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto nel successivo punto 9.3, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggero su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

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

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

9.3 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo

dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo. Sono inoltre esclusi gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto disposto dall'art. 9.2.5 (Rischio volo);
- 2) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- 3) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 4) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) da guerre ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 9.2.4 "Infortuni causati da guerra ed insurrezione";
- 6) 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 altresì esclusi gli infortuni causati :

- 7) dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli e di natanti a motore;
- 8) dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- 9) dalla pratica dei seguenti sport: salto del trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, scalata di rocce o ghiacciai, gare di sci in discesa libera, speleologia; pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, immersioni subacquee con autorespiratore, snow board, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (rafting);
- 10) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri e ciclismo
- 11) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia e le emie di qualsiasi tipo e localizzazione salvo quelle di origine traumatica.

9.4 Persone non assicurabili - variazioni del rischio

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze si applica quanto disposto dall'art. 2.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

9.4.1 Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

9.4.2 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 dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

9.5 Criteri di indennizzabilità

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

Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è 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. 4.2 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

9.6 Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. I certificati di ricovero devono essere documentati da apposita cartella clinica.

L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

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

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. 10 Caso morte

10.1 Capitale liquidabile

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde un importo pari al capitale residuo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

10.2 Condizione Particolare per Soci ACI

Qualora la morte dell'Assicurato sia dovuta a incidente stradale, il capitale liquidabile di

cui al punto 10.1 verrà aumentato del 25%.

Per incidente stradale si intende l'infortunio subito in qualità di pedone oppure a bordo di autoveicoli o di mezzi circolanti su rotaie in conseguenza di collisione accidentale con altro veicolo, urto contro ostacoli fissi e mobili, ribaltamento e uscita di strada.

Il pagamento della suddetta prestazione verrà effettuato previa dimostrazione che il Contraente sia in regola con il pagamento della quota associativa all'ACI alla data dell'infortunio.

La presente Condizione Particolare è valida solo se espressamente richiamata in polizza.

10.3 Liquidazione del sinistro

10.3.1 Denuncia di sinistro e documentazione

La denuncia di sinistro dovrà essere corredata da certificato di morte dell'Assicurato e da eventuali rapporti delle autorità di P.S., se trattasi di incidente stradale.

Resta fermo il diritto della Società di chiedere ulteriore documentazione in merito all'infortunio che ha causato la morte dell'Assicurato.

10.3.2 Modalità di liquidazione

Il capitale liquidabile per morte dell'Assicurato sarà corrisposto, ai beneficiari designati in 10 rate di rendita di cui le prime 2 anticipate e le altre 8 ad ogni successivo anniversario della data dell'infortunio.

L'importo iniziale della rendita sarà pari al 10% del capitale liquidabile.

A partire dalla terza rata, la rendita sarà soggetta a rivalutazione in misura pari al 90% del tasso di rendimento di Fondo Più determinato in base al punto 3 del Regolamento riportato al punto 4.4.3.

Il rendimento da prendere a riferimento per la rivalutazione è quello relativo all'anno solare immediatamente precedente la data di scadenza della rendita se tale data è successiva al mese di aprile; è quello relativo al secondo anno antecedente se tale data è compresa tra gennaio e aprile.

In caso di morte di un beneficiario la rendita allo stesso spettante sarà attribuita agli altri beneficiari mediante una maggiorazione proporzionale della rendita di ciascuno di detti beneficiari.

In caso di mancanza di altri beneficiari, sarà liquidato agli eredi del beneficiario deceduto il valore attuale delle rate residue, calcolato al tasso legale corrente al momento del decesso.

Art. 11 Caso invalidità permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, la Società garantisce il pagamento di una rendita vitalizia e di un importo in contanti, che saranno determinati e corrisposti secondo quanto indicato all'art. 4.

Art. 12 Caso ricovero

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero di almeno 10 giorni in Istituto di cura e l'Assicurato ha un'età inferiore a 65 anni alla data del sinistro, la Società garantisce, oltre alla diaria di cui all'art. 5.1 le seguenti prestazioni:

12.1 Diaria di convalescenza post-ricovero

In caso di convalescenza comportante l'assenza dal posto di lavoro la Società liquida una diaria di importo pari al 50% della diaria di degenza per ogni giorno di convalescenza per un massimo di 30 giorni. La durata della convalescenza dovrà essere certificata da apposita documentazione dell'Istituto di ricovero e per l'assenza dal posto di lavoro dovrà essere prodotta dichiarazione del datore di lavoro (se l'Assicurato è un lavoratore dipendente) o del medico di famiglia (negli altri casi).

12.2 Diaria per applicazione di apparecchio gessato

Qualora l'infortunio comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente

ospedaliero o da medico ortopedico, la Società liquida un importo pari alla diaria di degenza per ogni giorno di immobilizzazione, con il massimo di 45 giorni. Se l'applicazione degli apparecchi gessati è stata fatta in istituto di cura, i giorni di immobilizzazione decorreranno dal giorno di dimissione dall'istituto stesso.

12.3 Modalità di liquidazione

La diaria per convalescenza post-ricovero e per applicazione di apparecchio gessato non si cumulano tra di loro.

Pertanto sarà liquidato solo l'indennizzo più elevato.

Ari. 13 Delimitazione del rischio

13.1 Garanzie prestate

Le garanzie per il caso di ricovero e per il caso di invalidità permanente di seguito riportate sono operanti solo se espressamente previste in polizza.

13.2 Rischi assicurati

L'assicurazione è operante esclusivamente per i ricoveri e l'invalidità permanente conseguenti a malattie insorte in data successiva all'effetto dell'assicurazione.

L'assicurazione opera anche per le malattie dichiarate dall'Assicurato in fase di stipula della polizza ed esplicitamente incluse in garanzia con apposita appendice.

13.3 Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende i ricoveri e le invalidità conseguenti a:

- 1) malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- 2) abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- 3) patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali;
- 4) infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 5) positività H.I.V.;
- 6) malattie professionali elencate nel D.P.R. 13.4.1994 n. 336;
- 7) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo); trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radio-terapiche;
- 8) parodontopatie, cure e protesi dentarie;

9) ricoveri aventi finalità esclusivamente diagnostiche oppure estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie) o ricoveri per interventi di cheratotomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miopico;

10) aborto volontario non terapeutico.

13.4 Persone non assicurabili

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti infermità mentali; sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo unitamente alla riserva di senescenza verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

13.4.1 Aggravamento del rischio

Salvo quanto previsto al punto 13.4 (Persone non assicurabili), non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'ari. 1898 del C.C. in materia di aggravamento del rischio.

13.5 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Se il ricovero o l'invalidità permanente sono conseguenti anche a stati patologici preesistenti alla stipula della polizza e non inclusi in garanzia, l'indennizzo verrà ridotto in relazione al peso che detti stati patologici hanno avuto nel sinistro denunciato.

13.6 Diritto di recesso

In deroga a quanto previsto all'art. 6, la Società rinuncia al diritto di recesso decorso due anni dalla data di stipulazione del contratto.

13.7 Termini di aspettativa - carenza

La garanzia decorre dalle ore 24:

- 1) del giorno di effetto dell'assicurazione per l'aborto post-traumatico;
- 2) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che l'Assicurata tramite anche esami ecografici dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione);
- 3) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie preesistenti esplicitamente dichiarate in fase di stipula della polizza e incluse in garanzia mediante apposita appendice;
- 4) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di malattia iniziata durante il periodo di carenza, non verrà corrisposto alcun indennizzo connesso alla malattia stessa anche se il ricovero sia terminato oltre il periodo della carenza stessa.

Art. 14 Caso ricovero

14.1 Diaria di convalescenza

Nel caso di malattia che abbia comportato un ricovero con intervento chirurgico oltre alla diaria di degenza di cui all'art. 5.1, la Società corrisponde a titolo di diaria per convalescenza un importo aggiuntivo pari al 25% dell'importo liquidato a titolo di diaria di degenza.

Art. 15 Caso di Invalidità permanente

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta dopo il termine di aspettativa di cui all'art. 13.7., la Società garantisce il pagamento di una rendita vitalizia e di un importo in contanti che saranno determinati e corrisposti secondo quanto indicato all'art. 4.

15.1 Denuncia del sinistro e documentazione

L'Assicurato deve denunciare la malattia, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare un'invalidità permanente di grado non inferiore al 33%.

La denuncia deve essere presentata entro 30 giorni dalla data di certificazione della guarigione clinica e con essa deve essere fornita la certificazione medica sulla natura dell'infermità.

L'Assicurato deve inoltre:

- inviare alla Società informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati;
- fornire alla Società certificato di guarigione clinica od equivalente dichiarazione;
- comunicare alla Società l'eventuale presentazione di riconoscimento di invalidità permanente all'Ente preposto e gli esiti di tale domanda.

Entro 90 giorni dalla denuncia, l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

Se all'Assicurato è stata riconosciuta invalidità permanente dall'Ente pubblico preposto all'erogazione della pensione di invalidità, dovrà essere prodotta apposita dichiarazione da parte dello stesso Ente in merito al grado di invalidità riconosciuto ai fini pensionistici.

In tal caso l'Assicurato:

- se lavoratore dipendente: dovrà produrre dichiarazione del proprio datore di lavoro attestante la risoluzione del rapporto di lavoro a seguito di riconosciuta invalidità;
- se lavoratore autonomo dovrà produrre autocertificazione in merito all'abbandono di qualsiasi attività lavorativa.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER IL CASO DI INFORTUNI O MALATTIE

TARIFFA **411 D** **421 D** **401 D**
 ASSICURAZIONI PREVISTE **INFORTUNI** **MALATTIE** **INFORTUNI E MALATTIE**
 Condizioni di Assicurazione (Mod. V306/S8) **Cap. A+Cap. B** **Cap. A+Cap. C** **Cap. A + Cap. B + Cap. C**

AGENZIA _____ SUBAGENZIA _____ **LM** **LJ**
 Cod. Ag. _____ Zona _____ N. Progr. Ag. _____

PROPONENTE _____
 Codice Fiscale _____ Sesso _____ St. Civ. _____ Professione (v. codici) _____
 prof. sett. _____

 Codice fiscale _____
 Cognome e Nome _____ Data _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

 Via/Piazza N. _____ Telefono _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Socio ACI _____
 N° Tessera _____ Scadenza _____

ASSICURANDO _____
 (compilare solo se diverso dal Proponente)
 Codice Fiscale _____ Sesso _____ St. Civ. _____ Professione (v. codici) _____
 prof. sett. _____

 • Cognome e Nome _____ Data _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

DURATA MASSIMA • **Illimitata -Vita intera¹⁺¹** **Q** Fino a 65-anno di età _____ • **Anni** _____
 (1) (il pagamento dei premi e la garanzia per invalidità permanente cesseranno comunque al 65° anno di età)

DURATA MINIMA: Anni _____ DECORRENZA _____

CAPITALE ASSICURATO L _____ PREMIO ANNUO _____ FRAZIONAMENTO **IA** **SI** **TM**

BENEFICIARI:
 - per il caso di morte da infortuni (tariffe 401 e 411)
 Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Ass.to Il coniuga. In mancanza gli figli dell'Ass.to
 • per gli altri casi, l'Assicurato stesso

CLAUSOLE PARTICOLARI _____

Il Proponente dichiara di aver ricevuto la raccolta LA MIA SALUTE - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (Mod. V306/98) e di accettare in ogni loro parte le condizioni contrattuali applicate alla forma assicurativa prescelta.
 L'Assicurando dichiara che le informazioni e le risposte date nella presente proposta sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza; riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società e costituiscono parte integrante del contratto; proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.
 I sottoscritti Proponente e Assicurando dichiarano di aver ricevuto la scheda informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 (Mod. V158) e, presone atto del contenuto:
 • acconsentono al trattamento, alla comunicazione e al trasferimento all'Estero dei dati personali per le finalità di cui alla lettera a) del punto 1. della scheda informativa e
acconsentono al trattamento, alla comunicazione e al trasferimento degli stessi dati per le finalità di cui alla lettera b) dello stesso punto 1, della scheda.
 Rimane fermo che il consenso è subordinato al rispetto della normativa vigente.

Luogo e data _____ IL PROPONENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Proponente dichiara di conoscere e approvare specificamente, ai sensi e agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli e norme contenute nel Mod. V306/98:
 - Estinzione anticipata della polizza (ari. 1.3) - Delimitazione di rischio (ari. 9 e art. 13) • Controversie (art. 7) • Capitale assicurato • Capitale residuo (ari. 3)

IL PROPONENTE

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

(barrare la casella corrispondente alla risposta)

N.B. Si consiglia l'Assicurando, nel suo stesso interesse, di compilare il presente modulo integralmente di proprio pugno rispondendo specificatamente a tutte le domande ed evitando cancellature. L'Assicurando deve dire la verità sui precedenti morbosì (malattie, esami praticati, ricoveri, ecc.) onde non esporci ad eventuali contestazioni per reticenze, dichiarazioni errate o false (art. 1892 e 1893 C.C.).

Sezione A:] (Da compilare in ogni caso)

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria (specificando compii e mansioni) _____
- 2) È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (quali, ad esempio: deficit della vista e/o dell'udito, esiti di poliometite, difetti cardiaci, amie, slerilità, alluce valgo, ecc.) postumi di malattie pregresse, o intossicazioni croniche invalidanti? NO SI quali? _____
- 3) Ha avuto infortuni negli ultimi due anni? NO SI Con quali esiti? _____
- 4) Soffre di una delle seguenti affezioni? (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive) NO SI quali? _____
- 5) Ha in corso o ha avuto altre assicurazioni private per lo stesso rischio? NO SI quali e con quali Società? _____
- 6) Qualcuna delle assicurazioni è stata annullata? NO SI quando? _____ per quale motivo? _____
- 7) Nell'uso degli arti superiori è mancino? NO SI _____

Sezione B:] (Da compilare per art. 401e421)

- 1) Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica (quali ad esempio: tumori, bronco-cale cronica, enfisema polmonare, tonsillite cronica, ipertensione arteriosa, acroclap- tie, epatopatie, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi, nefropatie, ipertrofia prostatica, diabete, malattie delle ghiandole endocrine, vene varicose, emorroide, artrosi, malattie reumatiche, malattie ginecologiche, ecc...)? NO SI quali? _____ da quanto tempo? _____
- 2) Ha sofferto negli ultimi 10 anni di qualche malattia (quali, ad esempio: tumori, tuberco- si, pleurite, infarto miocardico, iclus cerebrale, ulcera gastrica o duodenale, epatiti, calcolosi, nefriti, cistiti, artriti, malattie infettive, lombosciatalgie, malattie ginecologiche, ecc...)? NO SI quali? _____ quando? _____
È stato sottoposto a intervento chirurgico (compreso il parto cesareo)? NO SI quali? _____ quando? _____
- 3) Ha accusato negli ultimi 5 anni disturbi (quali, ad esempio: cefalee, vertigini, dolori al torace, affanno, gonfiori agli arti inferiori, dolori addominali, nausea, vomito, stitichezza, diarrea, disturbi urinari, difficoltà nei movimenti, dolori articolari, tremori, alterazioni del ciclo mestruale, dolori alle mammelle, ecc...)? NO SI quali? _____
- 4) Negli ultimi 5 anni ha mai praticato accertamenti diagnostici (ECG, esame sangue, urine, RX, TAC-Rison. Magn., Ecografia, ecc)? H J & K quali? _____
È emersa qualche alterazione? NO L SU quale? _____
- 5) Ha praticato negli ultimi 5 anni, o pratica attualmente, terapie continuative o a cicli ripo- MI (quali, ad esempio: cure con farmaci, cure fisioterapiche, trattamenti riabilitativi, psi- coterapia, dialisi, emotrassfusioni, ecc...)? NO SI quali? _____ quando? _____ per quale motivo? _____
- 6) Sussistono ulteriori notizie relative ad alterazioni anche pregresse, della Sua situazio- ne clinica, non espressamente richieste nel presente questionario? NO SI quali? _____ a quando si riferiscono? _____ con quale esito? _____

Sezione C:] (Da NON compilare per Emissione Decentrata)

- 1) È esposto a particolari pericoli? (esempio: contratto con materie venefiche, esplosive, condutture ad alta tensione; case di impalcature, ponti, pozzi, cave, stive; guida auto • carri o autotreni) NO ST quali? _____
- 2) Pratica attività, sports aeronautici? NO SI quali? _____
- 3) Pratica o intende praticare qualche attività sportiva? (pesca subasquea, alpinismo, equitazione, pugilato, automobilismo, motociclismo, motonautica, ecc.) H SI quali? _____
- 4) È titolare di pensione di invalidità o ne ha presentato domanda? NO SI in quale anno? _____ per quali motivi? _____
- 5) Costituzione _____ altezza ca m M I _____ pesoKg M I _____
pressione arteriosa abituale: min. _____ max. _____
- 6) SOID per le donne: è attualmente incinta? NO SI mese di gravidanza? _____
quantità giornaliera _____ epoca inizio _____ data cessazione _____
motivo _____ epoca _____
- 7) Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti, bevande alcoliche o psicofarmaci? NO SI _____
- 8) È mai stato ricoverato anche in regime di DAY HOSPITAL in Italia e/o all'Estero in _____ (causa di cura, ospedali, ecc. per malattia o per infortunio)? NO SI _____

L'Assicurato dichiara di NON essere affetto da alcoolismo, tossicodipendenza e slerapostività HIV. Egli è altresì consapevole che tali affezioni sono causa di inassicurabilità (se presenti attualmente) → di cessazione automatica dell'assicurazione (contestualmente al loro man- testarsi) in corso di contratto.

Luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

PROPOSTA

NOTE PER LA COMPILAZIONE

- » **Zona:** indicare il numero che contraddistingue il produttore della polizza _____
- » **Stato Civile:** indicare uno dei seguenti codici — 1 se celibe/nubile; 2 se coniugato; 3 se vedovo; 4 se divorziato
- » **Codici professione / settore attività / codici Beneficiari:** indicare il codice in base alle seguenti tabelle

CODICI ATTIVITA' PROFESSIONALI

PROFESSIONE		SETTORE ATTIVITA'	
Codice	Descrizione	Codice	Descrizione
01	operaio	01	agricoltura
02	impiegato	02	ind. primaria
03	dirigente	03	ind. metallurgica
04	agricoltore	04	ind. meccanica
05	dettagliante	05	elettrica (mecc. fine)
06	commerciante	06	ind. alimentare
07	artigiano	07	ind. tessile
08	industriale	08	ind. abbigliamento
09	prof. legale	09	ind. legno
10	prof. commerciale	10	ind. carta
11	prof. sanitario	11	ind. gomma)
12	prof. edile	12	ind. chimica
13	casalinga	13	manif. leggere
14	pensionato	14	costruzioni edili
15	altre attività	15	comm. ingrosso
16	aziende	16	trasporti
17	varie	17	banche e servizi
		18	varie
		19	pubbl. amm. ne

CODICI BENEFICIARI

Codice	Descrizione
10	Eredi testamentari o in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato
02	Il coniuge, in mancanza i figli dell'Assicurato
03	Il coniuge dell'Assicurato
04	I figli nati e nati dell'Assicurato
05	I genitori, in mancanza i figli dell'Assicurato
06	I fratelli dell'Assicurato

Agenzia di _____