

**TESTO DI POLIZZA**  
**DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si intendono:

per "Assicurazione":	il contratto di assicurazione;
per "Polizza":	il documento che prova l'assicurazione;
per "Contraente":	il soggetto che stipula l'assicurazione;
per "Assicurato":	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per "Società":	l'Impresa assicuratrice;
per "Premio":	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
per "Rischio":	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
per "Sinistro":	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
per "Indennizzo":	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Per "Malattia":	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**Art. 1) Definizione di infortunio**

E' considerato infortunio un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Art. 2) Delimitazione dell'assicurazione**

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 3), anche:

- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 33).

Sono compresi inoltre gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive

**Art. 3) Esclusioni**

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 36) delle Condizioni Speciali;
- 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.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autospiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

**Art. 4) Persone non assicurabili – Limite d'età**

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa, di certificato medico attestante buona salute.

**Art. 5) Dichiarazioni del Contraente**

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C.

**Art. 6) Limiti territoriali**

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

**Art. 7) Altre assicurazioni**

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni.

**Art. 8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

**Art. 9) Variazioni di rischio**

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

**Art. 10) Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti 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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

**Art. 11) Prova**

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

**Art. 12) Morte**

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.





### Art. 13) Invaldit  permanente

Se l'infornuto ha per conseguenza una invaldit  permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale   avvenuto, la Societa liquida per tale titolo una indennita calcolata sulla somma assicurata per invaldit  assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infornuti e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invaldit  conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Societa all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di invaldit  permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. 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 minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalita perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di pi  organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invaldit  permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce   stabilita nella met , e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invaldit  permanente non specificati nella predetta tabella l'indennita viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale   per sempre diminuita la capacita generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto gi  minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invaldit  preesistente. Il grado di invaldit  permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al pi  tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infornuto.

### Art. 14) Inabilit  temporanea

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

Se l'infornuto ha per conseguenza una inabilit  temporanea al lavoro, sempre ch  tale garanzia sia prevista in polizza, la Societa liquida l'indennita giornaliera assicurata: integralmente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si   trovato nella totale incapacita fisica di attendere alle occupazioni dichiarate; parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che   andato riacquistando, della sua capacita fisica. L'indennita per inabilit  temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infornuto. L'indennita cessa il giorno in cui il trattamento all'Assicurato   considerato completo dal medico curante o l'inabilit  al lavoro   terminata, oppure il grado di invaldit  permanente pu  essere fissato, nonch  con la morte dell'Assicurato. Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiara ancora inabile al lavoro, la Societa   obbligata a fare ulteriori pagamenti solo se la continuazione di detta incapacita   dichiarata da un certificato medico preparato ed inviato alla Societa a periodi non superiori a quattordici giorni.

### Art. 15) Cumulo di indennita

L'indennita per inabilit  temporanea   cumulabile con quella per morte o per invaldit  permanente. Se dopo il pagamento di una indennita per invaldit  permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'infornuto ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Societa corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennita pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennita per invaldit  permanente   di carattere personale e quindi non   trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infornuto dopo che l'indennita sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Societa paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

### Art. 16) Rimborso spese mediche da infornuto

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

La Societa rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia   richiesta, in caso di infornuto risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invaldit  permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia   prestata con una franchigia fissa di   50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

### Art. 17) Diaria ricovero da infornuto

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

La Societa assicura in caso di ricovero in Istituti di Cura, legalmente riconosciuti, a seguito di un infornuto strettamente risarcibile a norma delle Condizioni Generali di polizza il pagamento dell'indennita assicurata per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni e per ogni anno assicurativo. Sono esclusi i ricoveri determinati:

- da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- da cure e da interventi per la eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infornuto), per le cure e protesi dentarie. Sono altresi esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

La denuncia per l'efficacia della garanzia di cui al presente Art. 17), deve essere fatta nel termine e con le modalita previste al successivo Art. 21). In caso di ritardata denuncia non verr  pagata alcuna indennita, per i giorni di degenza anteriori al giorno della denuncia stessa. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura. La Societa potr  inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura. La domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Societa, a pena di decadenza della garanzia, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui   terminata la degenza. La rinuncia alla rivalsa, anche se prevista da altre Condizioni di polizza, non si estende comunque alla presente garanzia. Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60 giorno del pagamento o rifiuto delle prestazioni, la Societa ha la facolta di far cessare, nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, anche solo l'assicurazione di cui al presente Art. 17), mantenendo in vigore le altre garanzie.

### Art. 18) Diaria ricovero da infornuto e da malattia

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

La Societa assicura in caso di ricovero in Istituti di Cura, legalmente riconosciuti, a seguito di:

- un infornuto strettamente riconoscibile a norma delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- una malattia intendendosi per tale ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infornuto;
- parto o da interruzione non volontaria della gravidanza;

il pagamento dell'indennita assicurata per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni per ogni evento e per ogni anno assicurativo, con il limite comunque di 10 (dieci) giorni per i ricoveri di cui al terzo punto che precede. Per gli Assicurati di et  superiore ai 60 anni, compiuti anche in corso di contratto, l'indennita giornaliera, limitatamente alle malattie, sar  corrisposta dal 21 giorno successivo a quello del ricovero. La garanzia prende effetto:

- per gli infornuti e le malattie dalle ore 24.00 del giorno del perfezionamento della polizza;
- per il parto o interruzione non volontaria della gravidanza dal 271 giorno successivo a quello del perfezionamento della polizza;
- per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, dal 365 giorno successivo a quello del perfezionamento della polizza.

Sono esclusi i ricoveri determinati:

- da nevrosi, malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale;
- da malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico cruento semprech  siano trascorsi almeno 270 giorni dal perfezionamento della polizza), da interruzione volontaria della gravidanza di cui alla Legge 25/05/1978 n. 194;
- da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- da cure e da interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infornuto), per le cure e protesi dentarie. Sono altresi esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

La denuncia per l'efficacia della garanzia di cui al presente Art. 18), deve essere fatta nel termine e con le modalita previste al successivo Art. 21). In caso di ritardata denuncia non verr  pagata alcuna indennita, per i giorni di degenza anteriori al giorno della denuncia stessa. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.



La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

La domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza della garanzia, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza. La rinuncia alla rivalsa, anche se prevista da altre Condizioni di polizza, non si estende comunque alla presente garanzia. Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60 giorno del pagamento o rifiuto delle prestazioni, la Società ha la facoltà di far cessare, nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, anche solo l'assicurazione di cui al presente Art. 18), mantenendo in vigore le altre garanzie.

#### Art. 19) Indennità di gessatura

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato, o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita, a partire dall'undicesimo giorno, fino alla sua rimozione e, comunque, per un periodo massimo di 45 giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempre che applicato e/o rimosso da personale medico. Detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per diaria da ricovero e inabilità temporanea.

#### Art. 20) Invalidità permanente da malattia

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

##### a) Oggetto della garanzia

La garanzia si intende prestata per il caso di Invalidità Permanente da malattia, conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione. Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Per Invalidità Permanente si intende la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Ai fini della operatività della garanzia è necessario presentare il questionario anamnestico compilato in ogni sua parte; in mancanza di ciò la copertura di cui al presente allegato non potrà essere prestata.

##### b) Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/6/65 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

##### c) Persone non assicurabili

L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai sessantacinque anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età,
- per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcoolismo; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

##### d) Criteri di liquidazione

In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado non inferiore al 25% (venticinque per cento) la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66	100
Oltre 66	100

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24% della totale. Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/6/65 n.1124. La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di Invalidità Permanente.

In caso di controversia vale quanto previsto dal successivo Art. 22)

##### e) Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da infortunio.



SEDE LEGALE: Londra Capitale Sociale Lst 750,000,000,00 Autorizzazione Assicurazioni Danni L. 175/95 Rami I-2-3-4-5-6-7-8-9-10-II-12-13-14-15-16-17, art. 3 lett. b. dir. n.87/344/CEE 18- SEDE SECONDARIA E DIREZIONE GENERALE: 20128 MILANO -viale Monza, 258 - Tel. 0227095.1 - Fax 0227095.333 - Reg. Impr. Milano, P.1. e C.F.04124720964 - REA. n. 1728396 Rappresentante Generale per l'Italia: ACE ICNA Italy s.r.l. con sede legale a Milano - info.ace.italy@ace.ina.com - www.aceeuropeangroup.com

One of the ACE Group of Insurance & Reinsurance Companies

**f) Denuncia dei sinistri e obblighi relativi**

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia, che secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, la denuncia deve essere effettuata entro trenta giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

**g) Recesso**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto delle prestazioni, la Società ha la facoltà di far cessare l'assicurazione di cui al presente Art. 20) .

**Art. 21) Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi**

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui il Contraente, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dall'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

**Art. 22) Controversie**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

**Art. 23) Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessare l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'assicurazione non avrà più effetto.

**Art. 24) Rinnovo del contratto**

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per 365 giorni e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

**Art. 25) Pagamento del premio**

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e le addizionali sono pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di trenta giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

**Art. 26) Oneri fiscali**

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

**Art. 27) Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

**Art. 28) Rinvio alle norme di Legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

**CONDIZIONI SPECIALI**

**Art. 29) Rinuncia alla Rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**Art. 30) Malore**

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

**Art. 31) Morte presunta**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C.

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

**Art. 32) Esposizione agli elementi**

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

**Art. 33) Ernie traumatiche e da sforzo**

A specificazione di quanto disposto dall'ultimo comma dell'Art. 2) lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto in indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 22) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.



#### **Art. 34) Movimenti tellurici**

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

#### **Art. 35) Rischio volo**

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo. Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore all'importo indicato in prima facciata di polizza, qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

#### **Art. 36) Rischio guerra**

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

#### **Art. 37) Esonero denuncia altre assicurazioni**

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 7) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

#### **Art. 38) Esonero denuncia infermità e difetti fisici**

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 4) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

#### **Art. 39) Danni estetici**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

#### **Art. 40) Spese mediche da infortunio avvenuto all'estero**

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio avvenuto all'Estero, il costo delle cure mediche sostenute fino a € 5.000,00 per ogni evento con l'applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere, spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente. Qualora gli assicurati fruiscono di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La presente garanzia si cumula con altre in corso per gli stessi Assicurati con l'infrascritta Società fino ad un limite massimo complessivo di €15.000,00 per evento.

#### **Art. 41) Recovery Hope**

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

- 1) L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite con questo allegato.
- 2) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, e (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi del precedente Art.11) (Prova), su tale stato.
- 3) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.
- 4) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
- 5) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o, a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art.11) (Prova) su tale stato.

### **CONDIZIONI PARTICOLARI**

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

#### **A - Deroga tacito rinnovo**

A deroga di quanto disposto dall'Art. 24) delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

#### **B - Clausola dirigenti**

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale.

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie. Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire una attività lavorativa in mansioni compatibili, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.



### C - Responsabilità civile del contraente

- 1) Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di Responsabilità Civile, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare in eccedenza delle indennità liquidate in base agli Artt. 12), 13) e 14) per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, e fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette indennità, con il limite massimo, per ciascun infortunato, di € 1.000.000,00 (Unmilione). Nel caso di infortunio che colpisca più Assicurati, l'importo complessivo a carico della Società non potrà superare il limite massimo di € 1.200.000,00 (Unmilione duecentomila).
- 2) Qualora l'infortunato o i suoi beneficiari recedano dall'azione di Responsabilità Civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata verrà pagata agli stessi sotto deduzione delle spese sostenute per la difesa del Contraente.
- 3) Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato, avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione prestata con la presente appendice vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al precedente punto 1) del presente allegato.
- 4) La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a sensi della presente polizza.
- 5) L'assicurazione non vale per gli infortuni che colpiscono:
  - Parenti od affini del Contraente stabilmente con Lui conviventi;
  - Amministratori e Soci del Contraente, nel caso si tratti di una Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti od affini con essi conviventi;
- 6) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia conoscenza; parimenti, dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di Responsabilità Civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto riguarda la vertenza.
- 7) La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di Legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

### D - Tabella speciale di supervalutazione

La Società determina il grado di invalidità permanente sulla base di quanto previsto dall'Art. 13) delle Condizioni Generali di Assicurazione e liquida un'indennità in percentuale sulla somma assicurata come da tabella sottoriportata:

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
1/5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	7
11	8
12	9
13	11
14	13
15/30	15/30
31	32
32	34
33	36
34	38
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70
51/53	75
54/56	80
57/59	85
60/62	90
63/65	95
66	100
67/68	105
69/70	110
71/72	115
73/74	120
75	125
76/100	150



Data

Contraente

**Ace European Group Ltd**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Ramo Infortuni

Dichiaro che mi è stata consegnata prima d'ora la NOTA INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER IL CONTRAENTE, di cui alle circolari ISVAP n. 303 del 02/06/97 e n. 518/D del 21/11/2003, di averne preso attenta visione e di averne compitamente compreso il contenuto.  
Preso atto dell'informativa prevista dalla vigente normativa in materia di Dati personali, la Contraente si impegna ad ottenere il consenso dell'interessato (Assicurato e/o beneficiario e/o dei terzi danneggiati) al trattamento da parte della Società dei suoi/loro dati eventualmente forniti in relazione all'esecuzione degli obblighi della presente polizza.

Data

Contraente

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente gli Articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 5) Dichiarazioni del Contraente
- Art. 7) Altre assicurazioni
- Art. 8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni
- Art. 22) Controversie
- Art. 23) Recesso in caso di sinistro
- Art. 24) Rinnovo del Contratto - Tacita proroga del contratto in mancanza di disdetta 30 giorni prima della scadenza
- Art. 27) Foro competente

Data

Contraente

