



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Multirischi Casa e Famiglia

Sezione Infortuni

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.



Vittoria
Assicurazioni

Glossario	pag. 2
Oggetto del Contratto	pag. 4
1 Cosa è assicurato?	pag. 4
1.1 COPERTURE ASSICURATIVE	
1.2 ESTENSIONI DI GARANZIA	
2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	pag. 6
2.1 DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO – GESSATURA	
2.2 TUTELA DEI MINORI	
2.3 INVALIDITÀ PERMANENTE DEI MINORI	
2.4 TABELLA INAIL	
2.5 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA CONSEGUENTI A INFORTUNIO	
2.6 INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITÀ	
3 Cosa non è assicurato?	pag. 8
4 Ci sono limiti di copertura?	pag. 9
4.1 ESCLUSIONI	
4.2 FRANCHIGIE	
4.3 LIMITI DI INDENNIZZO	
Cosa fare in caso di Sinistro?	pag. 12
1. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	
2. DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE	
3. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
4. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	
Tabella di sintesi adempimenti in caso di Sinistro	pag. 17
Allegato1 - Tabella INAIL – INDUSTRIA	pag. 18
Appendice normativa	pag. 21

Glossario: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente nel documento denominato "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **CAPITALE ASSICURATO:** l'importo massimo della prestazione assicurativa per ogni **ASSICURATO** per ciascuna garanzia risultante dalla suddivisione in parti uguali tra gli **ASSICURATI** del capitale riportato in **POLIZZA** oppure determinato secondo altra ripartizione indicata in **POLIZZA** (es. suddivisione in parti uguali, capitale riportato in **POLIZZA** per la garanzia **INVALIDITÀ PERMANENTE**: € 100.000; numero assicurati: 4; capitale prestatato per ciascun **ASSICURATO** per la garanzia Invalidità Permanente: € 25.000).
Se al momento del **SINISTRO** il **NUCLEO FAMILIARE** è composto da una sola persona, la **SOCIETÀ** calcolerà l'**INDENNIZZO** sulla base del 50% dei capitali prestatati per ciascuna garanzia (es. capitale riportato in **POLIZZA** per la garanzia Invalidità Permanente: € 100.000; capitale prestatato, per l'unica persona assicurata, per la garanzia Invalidità Permanente: € 50.000).
- **FRANCHIGIA:** nello specifico per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** si intende la parte di danno che è esclusa dall'**INDENNIZZO**, espressa in percentuali di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.
- **GESSATURA:** l'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici inamovibili ed immobilizzanti, la necessità dei quali venga stabilita da Medici – Chirurghi.
- **INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte o una **INVALIDITÀ PERMANENTE**, un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, una **GESSATURA**, una convalescenza.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** provvedimento terapeutico, attuato con manovre manuali o strumentali cruento, con o senza **RICOVERO**.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE:** forma grave di danno fisico, causata da un **INFORTUNIO**. Affinché un danno possa essere configurato come **INVALIDITÀ PERMANENTE**, deve essere irrimediabile e condizionare per sempre la vita dell'**ASSICURATO**. Deve inoltre manifestarsi dopo l'**INFORTUNIO**, in modo da essere direttamente collegabile ad esso.
- **ISTITUTO DI CURA:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al **RICOVERO** dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo/convalescenza e di soggiorno.
- **MASSIMALE:** la somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito.
- **NUCLEO FAMILIARE:** il nucleo di almeno due persone, di età non superiore a 80 anni, composto:
 - dal **CONTRAENTE**;
 - dalle persone con lo stesso conviventi

che risultino, al momento del **SINISTRO**, tutte iscritte nello stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

Eventuali modifiche alla definizione convenzionale di **NUCLEO FAMILIARE** devono risultare da apposita pattuizione contrattuale.

- **RICOVERO**: la degenza in **ISTITUTO DI CURA** che comporti almeno un pernottamento.
- **SCOPERTO**: la parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **VITA PRIVATA**: l'insieme delle attività diverse da quelle lavorative a carattere professionale (principali o secondarie) e da eventuali altre attività lavorative occasionali.
Le attività scolastiche degli studenti, il lavoro per governare la propria casa, il giardino, l'orto, nonché per altri comuni scopi familiari, non sono considerati "attività lavorative" e rientrano pertanto nella definizione di **VITA PRIVATA**.

Oggetto del Contratto

1 Cosa è assicurato?

Negli articoli seguenti sono contenute ed illustrate nel dettaglio le garanzie della Sezione Infortuni; queste garanzie sono valide solo se riportate in **POLIZZA**.

La **SOCIETÀ** paga un **INDENNIZZO** in caso di **INFORTUNIO** subito dal **CONTRAENTE/ ASSICURATO** e dai componenti il **NUCLEO FAMILIARE**, in base alla forma di garanzia prescelta ed ai **CAPITALI ASSICURATI** per ciascun componente, così come indicato in **POLIZZA** (capitali per il caso di morte, di **INVALIDITÀ PERMANENTE** ed eventualmente per diaria ospedaliera e da **GESSATURA** e spese mediche, prescelti per il **NUCLEO FAMILIARE** e ripartiti tra i componenti in base a quanto risulta sulla **POLIZZA** stessa).

Il **CONTRAENTE** può scegliere una delle 3 forme di garanzia di seguito dettagliate; in funzione della forma di garanzia prescelta l'assicurazione vale, per i **CAPITALI ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**, per gli **INFORTUNI** subiti dai soggetti assicurati e per l'ambito di operatività indicati in tabella:

FORME DI GARANZIA	Soggetti assicurati	Ambito di operatività della garanzia
A - "Famiglia"	CONTRAENTE	Attività professionali abituali ed occasionali dichiarate in POLIZZA ; VITA PRIVATA
	Altri componenti del NUCLEO FAMILIARE	VITA PRIVATA
B - "Tempo libero"	NUCLEO FAMILIARE	VITA PRIVATA
C - "Circolazione famiglia"	NUCLEO FAMILIARE	In qualità di: <ul style="list-style-type: none"> - <u>conducenti</u> di ciclomotori; - <u>trasportati o conducenti</u> di autovetture, motocicli, autocaravans, autocarri di peso complessivo non superiore a 35 q.li, natanti da diporto, velocipedi; - <u>trasportati</u> su mezzi di trasporto pubblici, terrestri o marittimi, e su autobus in servizio privato; - <u>pedoni</u>, a seguito di investimento ad opera di VEICOLI; - <u>passaggeri</u> su aerei ed elicotteri entro i limiti previsti dal successivo articolo 4.3 "LIMITI DI INDENNIZZO"

Tutte le garanzie sono valide entro i **MASSIMALI** indicati in **POLIZZA** e ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE, SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo articolo 4 "*Ci sono limiti di copertura?*" del presente capitolo.

1.1 COPERTURE ASSICURATIVE

Per tutte le forme di garanzia sono valide le seguenti coperture assicurative:

Caso Morte

Se l'**INFORTUNIO** ha come conseguenza la morte, la **SOCIETÀ** corrisponde il **CAPITALE ASSICURATO** per il caso di morte soltanto se questa si verifica entro 2 anni dal giorno in cui è avvenuto l'**INFORTUNIO** stesso, anche se successiva alla scadenza della **POLIZZA**.

In mancanza di diversa disposizione il capitale viene liquidato in parti uguali agli eredi legittimi.

La **SOCIETÀ** corrisponde il capitale previsto per il caso di morte anche se l'**ASSICURATO** scompare quando si trova su un mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo - per il cui uso o guida la garanzia risulti operante - e si presume che sia avvenuto il decesso conseguente a caduta (oppure arenamento, affondamento o naufragio) del mezzo di trasporto.

In questi casi l'**INDENNIZZO** ai beneficiari avverrà:

- dopo almeno 180 giorni dalla dichiarazione di morte presunta¹;
- se nel frattempo non sono emersi elementi che rendono l'**INFORTUNIO** non indennizzabile.

La **SOCIETÀ** avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata se dopo il pagamento si scopre che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da **INFORTUNIO** indennizzabile. Restituita la somma liquidata, l'**ASSICURATO** può richiedere l'**INDENNIZZO** per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** eventualmente riportata.

Invalità permanente

A seguito di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che comporti un'**INVALIDITÀ PERMANENTE**, la **SOCIETÀ** calcolerà l'**INDENNIZZO** in base al **CAPITALE ASSICURATO** secondo quanto riportato all'articolo 2 "DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – CASO INVALIDITÀ PERMANENTE" del capitolo "COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?".

L'**INDENNIZZO** per il caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è dovuto se questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'**INFORTUNIO**, anche se successiva alla scadenza della **POLIZZA**.

Infortuni causati da colpa grave - tumulti popolari - rischio guerra

L'assicurazione comprende anche gli **INFORTUNI** derivanti da:

- colpa grave dell'**ASSICURATO**²
- tumulti popolari, a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva, nonché gli **INFORTUNI** avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero³.

Infortuni aeronautici (Condizione non valida per il personale aeronavigante)

La garanzia è estesa agli **INFORTUNI** che l'**ASSICURATO** subisce durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri ad eccezione di quelli effettuati da:

- Enti/Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- aeroclubs.

Il "rischio aereo" inizia nel momento in cui l'**ASSICURATO** sale a bordo dell'aeromobile per intraprendere un viaggio e cessa quando ne è disceso.

Il **RISCHIO** di salita e discesa è considerato "rischio aereo".

La presente garanzia è estesa agli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale.

La presente estensione:

- non è valida nel caso di **POLIZZE** con durata inferiore ad 1 anno;
- è valida entro i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

¹ Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

² A parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile (Inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave).

³ A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile (Inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari).

1.2 ESTENSIONI DI GARANZIA

Per tutte le forme di garanzia

Sono compresi in garanzia gli **INFORTUNI** derivanti da malore ed incoscienza.

Sono considerati **INFORTUNI** anche:

- i colpi di sole o di calore;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- gli strappi muscolari;
- le affezioni derivanti da morsi di animali, punture di aracnidi o di insetti (per questi ultimi sono comunque escluse quelle delle quali gli insetti sono portatori necessari);
- le ernie traumatiche, cioè causate da **INFORTUNIO**.

Per le forme di garanzia "A" e "B" sono compresi in garanzia gli **INFORTUNI** derivanti da:

- immersioni in apnea;
- pratica dell'idroski e dello sci (anche nelle zone appositamente attrezzate dei ghiacciai);
- esercizio di giochi ed attività sportive di pratica comune, se a carattere dilettantistico o ricreativo ed escluso comunque quanto indicato al successivo articolo 4.1 "Esclusioni";
- guida di autoveicoli, natanti da diporto, motoveicoli e ciclomotori, velocipedi e quelli subiti durante l'uso, in qualità di passeggero, di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato, terrestre o marittimo, esclusi solo i mezzi subacquei.

Validità territoriale

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

Rinuncia alla rivalsa

La **SOCIETÀ** rinuncia, a favore dell'**ASSICURATO** e dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga⁴ verso i terzi responsabili dell'**INFORTUNIO**.

2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può inoltre attivare le seguenti garanzie opzionali, operative se espressamente richiamate in **POLIZZA**, valide entro i **MASSIMALI** indicati in **POLIZZA** e ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** previsti nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

Garanzia opzionale	Rif. art.	A-"Famiglia"	B-"Tempo libero"	C-"Circolazione famiglia"
Diaria da ricovero per infortunio – gessatura	2.1	✓	✓	✓
Tutela dei minori	2.2	✓	✓	✓
Tabella INAIL	2.3	✓	✓	✓
Rimborso spese di cura conseguenti ad infortunio	2.4	✓	✓	✓
Indennità aggiuntiva per grandi invalidità	2.5	✓	✓	✓
Invalidità permanente dei minori	2.6	✓	✓	✓

⁴ Articolo 1916 del Codice Civile.

2.1 DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO – GESSATURA

a) Diaria da ricovero per infortunio

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che richiede un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, la **SOCIETÀ** corrisponde per ogni pernottamento l'indennità pattuita per ciascun **ASSICURATO** in base alla proporzione indicata in **POLIZZA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

Se durante il **RICOVERO** viene applicata una **GESSATURA**, in alternativa alla presente garanzia l'**ASSICURATO** può optare per la liquidazione dell'indennità da **GESSATURA** di cui al seguente punto b).

b) Diaria per gessatura

In alternativa alla garanzia "Diaria da ricovero per infortunio" o se l'**INFORTUNIO** non abbia reso necessario il **RICOVERO**, in caso di applicazione di una **GESSATURA** la **SOCIETÀ** corrisponde un'indennità giornaliera, di importo pari a quella da **RICOVERO**, per l'intero periodo di immobilizzazione fino al giorno di rimozione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

2.2 TUTELA DEI MINORI

Se uno stesso evento provoca la morte contemporanea, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, di entrambi i coniugi (o conviventi more uxorio) assicurati, la **SOCIETÀ** raddoppia l'**INDENNIZZO** spettante ai figli conviventi minorenni, in quanto beneficiari.

In ogni caso, indipendentemente dai **CAPITALI ASSICURATI**, dal numero degli infortunati e da quello dei beneficiari, l'esborso massimo della **SOCIETÀ** non potrà superare l'importo indicato al successivo articolo 4.3 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La presente garanzia opzionale non si estende agli **INFORTUNI** aeronautici di cui al precedente articolo 1.1 "Coperture assicurative".

2.3 TABELLA INAIL

Il grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** viene accertato in base ai valori indicati nella Tabella INAIL riportata nell'Allegato n. 1⁵.

La liquidazione ed il pagamento dell'**INDENNIZZO** verranno effettuati con le modalità di cui all'articolo 2. "DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – CASO INVALIDITÀ PERMANENTE" del capitolo "COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?".

2.4 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA CONSEGUENTI A INFORTUNIO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** rimborsa, fino a concorrenza del **CAPITALE ASSICURATO**, per uno o più **SINISTRI** verificatisi nello stesso periodo assicurativo annuo e fatta salva l'applicazione di eventuali **FRANCHIGIE, SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo, le spese effettivamente sostenute per:

- a) prestazioni sanitarie relative al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** senza **RICOVERO**:
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto

⁵ Tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni – Industria – approvata con D.P.R. 30/6/1965, n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;

- rette di degenza;
 - assistenza medica ed infermieristica, cure, fisiochinesiterapia, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il **RICOVERO** o l'**INTERVENTO CHIRURGICO**;
- b) prestazioni sanitarie successive al **RICOVERO**, all'**INTERVENTO CHIRURGICO** o all'**INFORTUNIO** che non abbia determinato **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**:
- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi all'**INFORTUNIO**, al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** purché prescritti dal medico curante.

Se l'**INFORTUNIO** non ha dato origine a **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**, i 90 giorni decorrono dal giorno dell'**INFORTUNIO** stesso e la **SOCIETÀ** rimborserà le spese sostenute e documentate.

La riduzione di fratture è considerata **INTERVENTO CHIRURGICO**;

- c) trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza all'ambulatorio o all'**ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno a casa;
- d) primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da **INFORTUNIO**, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio (per un anno) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, effettuati entro due anni dall'**INFORTUNIO** e sempreché la **POLIZZA** sia in vigore, resi necessari per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto provocati dall'**INFORTUNIO**.

2.5 INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITÀ

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, ha come conseguenza diretta ed esclusiva una **INVALIDITÀ PERMANENTE** di grado superiore al 65%, la **SOCIETÀ** corrisponde, per un periodo massimo di tre annualità, un'ulteriore indennità con i limiti di **INDENNIZZO** indicati al successivo articolo 4.3 "**LIMITI DI INDENNIZZO**".

L'indennità aggiuntiva sarà erogata in rate semestrali posticipate.

Il pagamento della prima rata sarà effettuato decorsi 6 mesi dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del **SINISTRO**.

L'indennità sarà corrisposta esclusivamente all'**ASSICURATO** in vita e non sarà trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.

OPZIONE SENZA PAGAMENTO PREMIO AGGIUNTIVO

2.6 INVALIDITÀ PERMANENTE DEI MINORI

I **CAPITALI ASSICURATI** per i figli minorenni al momento del **SINISTRO**, stabiliti così come indicato in **POLIZZA**, si intendono modificati come indicato al successivo articolo 4.3 "**LIMITI DI INDENNIZZO**".

3 Cosa NON è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative*

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate;

• sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa, senza obbligo della **SOCIETÀ** di corrispondere alcun **INDENNIZZO**, con il manifestarsi in corso di **POLIZZA** delle predette situazioni.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni.

4 Ci sono limiti di copertura?

Nei seguenti articoli sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la garanzia, **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, limiti e sottolimiti di **INDENNIZZO** previsti dal contratto

La **SOCIETÀ** corrisponde l'**INDENNIZZO** per le sole conseguenze dell'**INFORTUNIO** che siano 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** stesso, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** è liquidato per le sole conseguenze dirette dell'**INFORTUNIO** come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito per le persone non assicurate perché affette da particolari patologie di cui al precedente articolo 3 "Cosa non è assicurato".

4.1 ESCLUSIONI

Per tutte le forme di garanzia sono esclusi gli **INFORTUNI**:

- a) subiti durante l'uso e la guida di veicoli diversi da quelli elencati per le singole forme di garanzia, nonché l'uso dei mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto precisato al precedente articolo 1 "Cosa è assicurato?" in merito all'estensione di garanzia "Infortuni Aeronautici";
- b) subiti alla guida di un veicolo o natante a motore se l'**ASSICURATO** non è abilitato alla guida in base alle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta da non oltre 120 giorni e a condizione che l'**ASSICURATO** avesse, al momento del **SINISTRO**, i requisiti per il rinnovo;
- c) derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche, da delitti dolosi compiuti o tentati dall'**ASSICURATO**;
- d) che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, o di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche,
- e) derivanti da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- f) verificatisi durante la guida o l'uso di veicoli o natanti nella partecipazione a corse e gare (e relative prove), salvo che si tratti di regolarità pura;
- g) conseguenti a stato di etilismo acuto, ad abuso di psicofarmaci, ad uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) avvenuti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo;
- i) conseguenti ad operazioni chirurgiche o ad accertamenti e cure mediche non resi necessari da **INFORTUNIO**;
- j) derivanti, in modo diretto o indiretto, da qualsiasi atto di terrorismo, non limitato al solo uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di una singola persona o da gruppi di persone, che includa una delle seguenti azioni indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento

che contribuisca al **SINISTRO**:

- la diffusione o la minaccia di diffusione di germi, malattie o altri contagi o contaminanti chimici o biologici;
 - l'uso o la minaccia d'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o di sostanze radioattive;
- k) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- l) derivanti da suicidio, tentato suicidio, atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**;
- m) le ernie di origine non traumatica.

Per le forme di garanzia "A" e "B" sono esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da:

- a) pratiche sportive ad elevato **RISCHIO** infortunistico, se non ammesse dal Comitato Internazionale Olimpico ai Giochi Olimpici, per qualsiasi motivo, nonché, comunque, la pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme (e quindi anche arti marziali), alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai (salvo in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero ed altri simili), sci acrobatico (e quindi anche "sci estremo" e "sci - alpinismo"), bob, hockey, rugby, football americano;
- b) partecipazione a gare calcistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, e a gare ippiche e relative prove.

4.2 FRANCHIGIE

TABELLA 1

Riferimento (art.)	Copertura	FRANCHIGIA
"COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?" art. 2	Invalità permanente	Per INVALIDITÀ PERMANENTE accertata: <ul style="list-style-type: none"> • fino al 9%: 3%; • del 10%: 2%; • dell'11%: 1%; • maggiore dell'11%: nessuna FRANCHIGIA ed INDENNIZZO secondo la Tabella 4 (cfr. "COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?" art. 2)
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.4	Rimborso delle spese di cura conseguenti a INFORTUNIO : Prestazioni sanitarie successive all' INFORTUNIO che non abbia determinato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO	€ 52,00

4.3 LIMITI DI INDENNIZZO

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune garanzie prevedono l'applicazione dei limiti di **INDENNIZZO** di seguito indicati.

TABELLA 2

Riferimento (art.)	Copertura	Limite di INDENNIZZO
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 1.2	Ernia traumatica operabile *	Se prevista la diaria da RICOVERO : massimo INDENNIZZO 30 giorni
	Ernia traumatica non operabile *	INVALIDITÀ PERMANENTE riconosciuta fino ad un massimo del 10%

Riferimento (art.)	Copertura	Limite di INDENNIZZO	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 1.1	Indennità aggiuntiva per grandi invalidità	€ 13.000 all'anno	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 1.1	Infortuni aeronautici	Massimo INDENNIZZO € 6.460.000**	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.1	Diaria da ricovero per infortunio	300 giorni per ogni anno assicurativo	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.1	Diaria per gessatura	30 giorni per sinistro e per anno assicurativo	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.2	Tutela dei minori	Raddoppio dell'INDENNIZZO caso Morte, con il limite di € 260.000 cumulativamente per SINISTRO	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.6	Invalidità permanente dei minori	Capitale caso Morte ridotto del 30%. Capitale caso INVALIDITÀ PERMANENTE aumentato del 30%.	
Capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO" art. 2.4	Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio	a) prestazioni sanitarie relative al RICOVERO o all'INTERVENTO CHIRURGICO senza RICOVERO: - rette di degenza	Limite giornaliero del 2% del CAPITALE ASSICURATO
		b) prestazioni sanitarie successive al RICOVERO o all'INTERVENTO CHIRURGICO	Massimo 90 giorni dall'INFORTUNIO
		b1) prestazioni sanitarie successive all'INFORTUNIO che non abbia determinato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO	Massimo 90 giorni dall'INFORTUNIO e 20% del CAPITALE ASSICURATO
		c) trasporto con ambulanza	10% del CAPITALE ASSICURATO, con il limite di € 520,00 per SINISTRO
		d) noleggio carrozzelle ortopediche	Un anno
		e) cure ed applicazioni	20% del CAPITALE ASSICURATO, con il massimo di € 1.040,00 per SINISTRO
		Spese rilascio cartella clinica in caso di ricovero	€ 15

* Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione potrà essere rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 4. "CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE" del capitolo "COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?".

** È il limite massimo di indennizzo complessivo per aeromobile relativamente al "rischio di volo", se più Assicurati subiscono un INFORTUNIO nello stesso evento. In detto limite rientrano anche gli INDENNIZZI che si riferiscono ad altri ASSICURATI per lo stesso RISCHIO con altre eventuali POLIZZE stipulate dallo stesso CONTRAENTE con la SOCIETÀ.

Se gli INDENNIZZI complessivamente dovuti eccedono il suddetto limite verranno ridotti in proporzione ai CAPITALI ASSICURATI previsti sulle singole POLIZZE stipulate con la SOCIETÀ.

Il limite per aeromobile sopra indicato non è soggetto ad adeguamento, previsto dall'articolo 2.5 del documento denominato "Il contratto dalla A alla Z".

Cosa fare in caso di Sinistro?

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**.

1. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'**INFORTUNIO** deve essere fatta alla **SOCIETÀ** o all'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** entro 5 giorni dall'**INFORTUNIO** o dal momento in cui il **CONTRAENTE/ASSICURATO** o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, descrivendo dettagliatamente cause e conseguenze dell'**INFORTUNIO** ed allegando il certificato medico in originale ed il certificato anagrafico di stato di famiglia rilasciato da non più di un mese dalla data del **SINISTRO**. Avenuto l'**INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO** deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la **SOCIETÀ** sul decorso delle lesioni.

Se l'**INFORTUNIO** causa la morte dell'**ASSICURATO** o quando questa sopravviene durante il periodo di cura, gli aventi diritto devono avisare la **SOCIETÀ**, nei termini di cui sopra, nelle modalità indicate all'art. 1.3 "Forma delle comunicazioni" contenuto nel documento "Il Contratto dalla A alla Z".

L'**ASSICURATO**, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire la visita di medici della **SOCIETÀ** e qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'**ASSICURATO** stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati sono a carico dell'**ASSICURATO**.

In caso di assicurazione presso diversi assicuratori⁶, il **CONTRAENTE** deve darne avviso a ciascuno di essi.

Relativamente alla garanzia "*Diaria per gessatura*", in caso di **SINISTRO** l'**ASSICURATO** o gli aventi diritto, devono presentare copia integrale della cartella clinica o un documento equivalente, in originale, rilasciato dal centro medico che ha effettuato l'applicazione e la rimozione del tutore immobilizzante.

Relativamente alla garanzia "*Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio*", il rimborso di tutte le prestazioni viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica completa (in caso di **RICOVERO**), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

2. DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'**INDENNIZZO** è calcolato sul **CAPITALE ASSICURATO** tenendo conto del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertato facendo convenzionale riferimento ai valori ed ai criteri sottoelencati, indipendentemente dall'attività professionale dell'**ASSICURATO**.

Per perdita totale si intende una perdita anatomica o funzionale.

⁶ Articolo 1910 del Codice Civile.

TABELLA 3

Casi di Invalidità Permanente	Destro	Sinistro
Per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
Per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
Per la perdita del pollice	20%	18%
Per la perdita dell'indice	14%	12%
Per la perdita del medio	8%	6%
Per la perdita dell'anulare	8%	6%
Per la perdita del mignolo	10%	8%
Per la perdita della falange ungueale del pollice	10%	9%
Per la perdita della falange di altro dito della mano		1/3 del dito
Per anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Per anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Per anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Per paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Per paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Per la perdita di un arto inferiore al di sopra della metà della coscia		70%
Per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio		60%
Per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio		50%
Per la perdita di un piede		40%
Per la perdita di ambedue i piedi		100%
Per la perdita di un alluce		5%
Per la perdita di ogni altro dito del piede		1%
Per la perdita della falange ungueale dell'alluce		2,5%
Per anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
Per anchilosi del ginocchio in estensione		25%
Per anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica		15%
Per paralisi completa dello SPE		15%
Per la sordità completa di un orecchio		12%
Per la sordità completa di ambedue le orecchie		60%
Per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%
Per la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%
Per la stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
Per la stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
Per esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Per esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cune di:		
- una vertebra cervicale		12%
- una vertebra dorsale		5%
- 12a dorsale		10%
- una vertebra lombare		10%
Per esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
Per esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		5%
Per postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
Per la perdita di un rene		15%
Per la perdita della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi (es.: lenti, protesi, ecc.).

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinerismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Se l'**INFORTUNIO** determina menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di

un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** non specificati nella tabella di cui sopra, l'**INDENNIZZO** è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO**.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali della Tabella 3 (o della Tabella Inail riportata nell'Allegato 1, se attivata la garanzia opzionale 2.3 "Tabella INAIL") sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente, fermo quanto stabilito per le persone non assicurate perché affette da particolari patologie di cui all'articolo 3 "Cosa non è assicurato?".

Se dopo il pagamento di un **INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE**, ma entro 2 anni dal giorno dell'**INFORTUNIO** ed in conseguenza di questo, l'**ASSICURATO** muore, la **SOCIETÀ** corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'**ASSICURATO** in parti uguali, la differenza tra l'**INDENNIZZO** pagato e quello da corrispondere per il caso morte, ove questo sia superiore; non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'**ASSICURATO**, per causa indipendente dall'**INFORTUNIO** che ha determinato un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** a suo carico, muore:

- prima che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti siano obiettivamente accertabili sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti e/o sulla loro quantificazione, è possibile comunque ricorrere all'"arbitrato irrituale" per la risoluzione delle controversie tra le **PARTI**.

L'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** è determinato, in base alla seguente Tabella 4, applicando al **CAPITALE ASSICURATO** la percentuale di liquidazione corrispondente al grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE**, accertato secondo le modalità descritte sopra e tenuto conto di quanto disposto al precedente articolo 3 "Cosa non è assicurato?".

TABELLA 4

Grado di Invalidità permanente accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità permanente accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità permanente accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità permanente accertata	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	31	51	62	76	95
2	0	27	32	52	64	77	96
3	0	28	34	53	66	78	98
4	1	29	35	54	68	79	99
5	2	30	36	55	69	80	100
6	3	31	37	56	70	81	101
7	4	32	38	57	71	82	103
8	5	33	40	58	73	83	104
9	6	34	41	59	74	84	105
10	8	35	42	60	75	85	106
11	10	36	43	61	76	86	108
12	12	37	44	62	78	87	109
13	13	38	46	63	79	88	110
14	14	39	47	64	80	89	111
15	15	40	48	65	81	90	113
16	16	41	49	66	83	91	116
17	17	42	50	67	84	92	120
18	18	43	52	68	85	93	123
19	19	44	53	69	86	94	127
20	20	45	54	70	88	95	131
21	22	46	55	71	89	96	134
22	24	47	56	72	90	97	138
23	25	48	58	73	91	98	142
24	27	49	59	74	93	99	146
25	29	50	60	75	94	100	150

3. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, con moneta legalmente in corso al momento del **SINISTRO**, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dalla data di accettazione della liquidazione da parte dell'interessato.

Per la garanzia Invalidità Permanente è prevista la seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti derivanti dall'**INFORTUNIO**, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del **SINISTRO**, la **SOCIETÀ** invita l'**ASSICURATO**, tramite raccomandata o PEC, a sottoporsi a visita medico legale;
- la proposta di liquidazione viene formulata entro 60 giorni dalla data della visita medico legale predisposta dalla **SOCIETÀ**;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la **SOCIETÀ** invia all'**ASSICURATO** l'atto di transazione e quietanza.

La **SOCIETÀ** paga l'**INDENNIZZO** entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'**ASSICURATO**.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla **POLIZZA**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** verrà effettuato in Italia con moneta legalmente in corso al momento del **SINISTRO**.

4. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze dell'**INFORTUNIO**, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio Medico, composto da tre medici: uno nominato dalla **SOCIETÀ**, uno dal **CONTRAENTE** ed il terzo di comune accordo. In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**.

Ciascuna delle **PARTI** paga le proprie spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti per le **PARTI** le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere riportati in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle **PARTI**. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Tabella di sintesi adempimenti in caso di Sinistro

Cosa fare SUBITO	Cosa fare ENTRO 5 GIORNI	Documenti necessari per la liquidazione del danno
<p>Avisare la SOCIETÀ mediante PEC o lettera raccomandata se l'ASSICURATO muore a causa dell'INFORTUNIO o se muore durante il periodo di cura</p>	<p>Denunciare l'INFORTUNIO alla SOCIETÀ o all'Agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 giorni dall'INFORTUNIO o dal momento in cui l'ASSICURATO/CONTRAENTE o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, descrivendo dettagliatamente cause e conseguenze dell'INFORTUNIO</p>	<p>Per tutte le garanzie: certificato medico in originale ed il certificato anagrafico di stato di famiglia rilasciato da non più di un mese dalla data del SINISTRO.</p> <p>Per il pagamento dell'indennità giornaliera da ricovero per infortunio - gessatura: presentare copia della cartella clinica dalla quale risulti la diagnosi e la durata del ricovero o l'applicazione e rimozione del tutore immobilizzante.</p> <p>Per il rimborso delle spese di cura: presentare copia della cartella clinica e della documentazione medica relativa alle cure, gli originali delle notule, delle distinte e delle ricevute debitamente quietanzate.</p>

Allegato1 - Tabella INAIL – INDUSTRIA

Tabella delle valutazioni del grado percentuale di INVALIDITÀ PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALE
Sordità completa di un orecchio	15
Sordità completa bilaterale	60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40

Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa Tabella).

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

VISUS RESIDUO	INDENNIZZO DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MINORE (OCCHIO PEGGIORE)	INDENNIZZO DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MAGGIORE (OCCHIO MIGLIORE)
9/10	1%	2%
8/10	3%	6%
7/10	6%	12%
6/10	10%	19%
5/10	14%	26%
4/10	18%	34%
3/10	23%	42%
2/10	27%	50%
1/10	31%	58%
0	35%	60%

NOTE

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:
 - a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - b) con visus corretto di 7/10 18%
 - c) con visus corretto di 6/10 21%
 - d) con visus corretto di 5/10 24%
 - e) con visus corretto di 4/10 28%
 - f) con visus corretto di 3/10 32%
 - g) con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40
Perdita del braccio:	
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85
b) per amputazione al terzo superiore	80
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70
Perdita di tutte le dita della mano	65
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35
Perdita totale del pollice	28
Perdita totale dell'indice	15
Perdita totale del medio	12
Perdita totale dell'anulare	8
Perdita totale del mignolo	12
Perdita della falange ungueale del pollice	15
Perdita della falange ungueale dell'indice	7
Perdita della falange ungueale del medio	5
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3
Perdita della falange ungueale del mignolo	5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11
Perdita delle due ultime falangi del medio	8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:	
a) in semipronazione	30
b) in pronazione	35
c) in supinazione	45
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:	
a) in semipronazione	40
b) in pronazione	45
c) in supinazione	55
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	
a) in semipronazione	22
b) in pronazione	25
c) in supinazione	35
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50

DESCRIZIONE	PERCENTUALE
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11

CODICE CIVILE

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.



Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 01/12/2019



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB058165-INF-EDZ-1219 - MULTIRISCHI CASA E FAMIGLIA
SEZIONE INFORTUNI