

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Infortuni Rischi Speciali"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre prestazioni contro il rischio infortuni.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio: riconosce un indennizzo per Morte derivante da infortunio, pari alla somma assicurata;
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente derivante da infortunio, calcolato sulla somma assicurata in base al grado percentuale di invalidità accertato.

Il prodotto offre ulteriori garanzie indicate nel DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?/Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo".

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda di Polizza.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- ✗ epilessia
- ✗ alcolismo e tossicodipendenza
- ✗ sieropositività ove diagnosticata dal test HIV
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), nel momento in cui viene diagnosticata
- ✗ sindromi organico cerebrali, schizofrenia
- ✗ forme maniaco-depressive o stati paranoidei



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo, fatta eccezione per gli Infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della polizza.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3%, 4% e 5%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Puoi pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della Polizza, e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Puoi disdettare alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza, inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso in caso di sinistro: se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, hai diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Infortuni Rischi Speciali"

01/01/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)

- Sede legale: Largo Ugo Irneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n. 018.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.563 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.462 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it. e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Garanzie Infortuni

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

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo;
- c) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente.

	<p>Sono compresi gli infortuni subiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli, ciclomotori e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore; 2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; 3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; 4. conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; 5. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; 6. derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. <p>La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. asfissia non di origine morbosa; 8. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; 9. avvelenamento del sangue o infezione purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; 10. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi; 11. lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive; 12. annegamento; 13. lesione da sforzo; 14. ernia addominale da sforzo esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio; 15. folgorazione, colpo di sole o di calore; <p>assideramento o congelamento.</p>
<p>Garanzia Caso Morte</p>	<p>Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.</p> <p>L'indennità per il caso di Morte non è cumulabile con quella per il caso di Invalidità permanente.</p> <p>Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per Morte - se superiore - e quella già pagata per Invalidità permanente.</p> <p>Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta. 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.</p>
<p>Garanzia Caso Invalidità permanente da infortunio</p>	<p>L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.</p> <p>L'indennità per invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato.</p>
<p>Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?</p>	
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p> <p>La concedibilità delle opzioni sotto indicate potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa</p>	

<p>Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera da ricovero (acquistabile solo se presente la garanzia Morte e/o Invalidità permanente da infortunio)</p>	<p>In caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde a ciascun Assicurato l'importo contrattualmente pattuito. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.</p>
<p>Garanzia aggiuntiva Rimborso spese di cura (acquistabile solo se presente la garanzia Morte e/o Invalidità permanente da infortunio)</p>	<p>L'assicurazione è valida - in caso di infortunio indennizzabile - fino a concorrenza del massimale prescelto per il rimborso delle spese sanitarie e più precisamente: a) spese per analisi ed esami di laboratorio, compresi i relativi onorari medici; b) in caso di ricovero, anche in regime di Day Hospital, nonché in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale: spese per le cure, l'intervento, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza; c) spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e all'ambulatorio e viceversa. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.</p>
<p>Condizione rischio speciale Stage o Corso post- diploma</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la partecipazione allo stage / corso post-diploma identificato con le caratteristiche relative a mansioni, sede ed indirizzo di svolgimento, descritti nella Scheda di Polizza.</p>
<p>Condizione rischio speciale Ludoteca</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la loro permanenza presso la Ludoteca identificata nella Scheda di Polizza durante tutte le attività ricreative che si svolgano nell'orario previsto dalla Ludoteca stessa, sempreché il tutto sia svolto sotto la sorveglianza di personale apposito.</p>
<p>Condizione rischio speciale Doposcuola</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano come Frequentatori e/o come Assistenti durante l'orario del Doposcuola che viene effettuato presso l'Istituto e l'ubicazione indicati nella Scheda di Polizza. La categoria per la quale è prestata l'assicurazione è identificata nella Scheda di Polizza e le garanzie decorrono: per i Frequentatori, dal momento in cui vengono affidati agli Assistenti incaricati dal Contraente; la garanzia si intende operante per gli infortuni subiti nell'ambito di tutte le attività ricreative previste dal Doposcuola, sempreché svolte sotto la sorveglianza degli Assistenti; per gli Assistenti, esclusivamente mentre operano per conto del Contraente. Sono pertanto esclusi gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento di altre attività professionali private ed extraprofessionali.</p>
<p>Condizione rischio speciale Corso</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone, iscritte al corso come risultanti dai registri tenuti dal Contraente, subiscano mentre frequentano il corso indicato nella Scheda di Polizza. Resta comunque inteso che la garanzia si intende operante esclusivamente quando gli iscritti praticano l'attività prevista dal corso e durante la loro permanenza nell'ambito della struttura stessa, purché sotto il diretto controllo del personale addetto.</p>
<p>Condizione rischio speciale Colonie estive / Colonie estive organizzate a campeggio</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano in qualità di ragazzi ospitati o in qualità di personale addetto alla colonia estiva / colonia estiva organizzata anche a campeggio istituita dall'Ente contraente nella località descritta nella Scheda di Polizza. Pr ciascuno dei singoli periodi di seguito elencati, la garanzia decorre: - per i ragazzi ospitati nella colonia estiva, dal momento in cui i ragazzi vengono consegnati dai genitori o da chi per essi al personale incaricato dal Contraente e ha termine nel momento in cui, al ritorno, vengono riconsegnati alle persone di cui sopra; la garanzia si intende operante per gli infortuni subiti nell'ambito di tutte le attività organizzate dalla colonia estiva sempreché svolte sotto la sorveglianza di personale apposito; - per il personale addetto alla colonia, dal momento della loro assunzione in servizio da parte del Contraente fino al momento della cessazione del servizio e vale sia per gli infortuni professionali sia per quelli extra-professionali.</p>
<p>Condizione rischio speciale</p>	<p>L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone regolarmente tesserate subiscano mentre frequentano la palestra indicata nella Scheda di</p>

Palestre	Polizza per esercitare l'attività sportiva descritta nella Scheda di Polizza. Resta comunque inteso che la garanzia si intende operante mentre gli iscritti praticano l'attività di cui sopra e durante la loro permanenza nell'ambito della struttura stessa, con esclusione degli infortuni derivanti dalla partecipazione a ogni forma agonistica.
Condizione rischio speciale Oratorio	L'assicurazione vale esclusivamente in occasione degli infortuni che i frequentatori regolarmente iscritti all'Oratorio identificato nella Scheda di Polizza subiscano durante la loro permanenza nell'Oratorio stesso, nonché mentre prendono parte ad attività ricreative, durante gite o passeggiate della durata massima di un giorno, sempreché il tutto rientri nell'ambito dell'attività dell'Oratorio e si svolga sotto la sorveglianza di personale apposito.



Che cosa NON è assicurato?

Soggetti e rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
----------------------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI

Garanzie Infortuni

Esclusioni	<p>Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; - dall'uso, anche come passeggero di: <ul style="list-style-type: none"> • aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti; • di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; • di aeromobili di aeroclubs; • di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio); - dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, hockey su ghiaccio o a rotelle; - dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, qualora l'infortunio si verifici durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili; - dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; - da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci; - da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie; - da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace; - da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni; - da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.). <p>Sono altresì esclusi dall'assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo; - gli avvelenamenti, ad eccezione di: <ul style="list-style-type: none"> • avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; • avvelenamento del sangue o infezione purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; • avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi; - le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio; - le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo; - gli infarti da qualsiasi causa determinati; - gli infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.
Esclusioni valide per le singole garanzie aggiuntive/condizioni particolari che integrano le esclusioni delle Garanzie Infortuni	
Esclusioni Rischio speciale Palestre	Sono esclusi dalla copertura i danni estetici e i danni ai denti.
Esclusioni Rischio speciale Oratorio	Sono esclusi tutti gli infortuni verificatisi nel corso di qualsiasi attività sportiva durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili.
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Garanzie Infortuni	
Invalità permanente da infortunio	Franchigia
<ul style="list-style-type: none"> • Ernia addominale da sforzo non operabile 	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ricovero	Franchigia opzionale
Rimborso spese di cura: <ul style="list-style-type: none"> ▪ onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; ▪ altre spese di cura, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi e rette di degenza; ▪ trasporto dell'Assicurato in ambulanza. 	Limite di indennizzo Scoperto
Rischi speciali	
Limite catastrofale	Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie	
Franchigia 300 euro <ul style="list-style-type: none"> • Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 1000 euro • Limite di indennizzo = 900 euro • Importo indennizzato = 1000-300= 700 euro • Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 1500 euro • Limite di indennizzo = 1000 euro • Importo indennizzato = 1500-300= 1200 euro 	

L'indennizzo sarà pari a 1000 euro e quindi corrisponderà al limite di indennizzo

- Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 2000 euro
- Somma assicurata = 3000 euro
- Importo indennizzato = 2000-300= 1700 euro

Scoperto 10%, minimo 300 euro

- Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 4000 euro
- Limite di indennizzo = 2800 euro
- Scoperto 10% su Danno accertato = 400 euro
- Importo indennizzato = 4000-400= 3600 euro


L'indennizzo sarà pari a 2800 euro e quindi corrisponderà al limite di indennizzo

- Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 4000 euro
- Somma assicurata/limite di indennizzo = 4100 euro
- Scoperto 10% su Danno accertato = 400 euro
- Importo indennizzato = 4000-400= 3600 euro


- Danno accertato e coperto dall'assicurazione = 2000 euro
- Somma assicurata/limite di indennizzo = 4100 euro
- Scoperto 10% su Danno accertato = 200 euro


Lo Scoperto sarà pari a 300 euro e quindi al suo minimo


- Importo indennizzato = 2000-300= 1700 euro


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 3 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico.</p> <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.</p> <p>Il Contraente o l'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi alla Società; • dare immediato avviso telegrafico alla Società se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura. <p>L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.</p> <p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p>
Dichiarazioni inesatte e reticenti	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a precedenti infortuni per le Garanzie Infortuni), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, dell'insorgenza di determinate affezioni per le Garanzie Infortuni) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>


Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
------------------------------	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Recesso in caso di sinistro Nei casi in cui sia consentito il recesso per sinistro, l'Impresa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo assicurativo non trascorso e non goduto.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto a forme collettive di formazione o intrattenimento quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, Stage, Corsi.	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.	

COME PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.</p> <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p>

<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

<p>Lite transfrontaliera</p>	<p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.</p>
-------------------------------------	--

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Assicurazione contro i danni Infortuni Rischi Speciali

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione MGEN – 011xx - 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Inneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
CF, P. IVA e Registro imprese di Trieste n. 05032630963 - Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.- Iscritta all'Albo
imprese di assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Attività professionale: l'attività, dichiarata in polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo.

Beneficiario: colui in favore del quale, su designazione dell'Assicurato, la Società eseguirà la prestazione.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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

Invalidità permanente: la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, i Gerontocomi e gli Ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

Ricovero in Day Hospital: il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di Assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI
3. PRESTAZIONI
 - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
4. OPERATIVITA' DELLE PRESTAZIONI
5. NORME IN CASO DI SINISTRO
6. CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA
7. CONDIZIONI RELATIVE AL RISCHIO SPECIALE
8. TABELLE PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e per le stesse persone.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

In caso di frazionamento del premio può essere prevista un'addizionale nella misura indicata nel contratto.

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 1.6 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia un CONSUMATORE ai sensi dell'art. 1469 bis del Codice Civile, valgono le seguenti disposizioni.

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio relativa al periodo di Assicurazione non trascorso.

Qualora il Contraente NON sia un CONSUMATORE ai sensi dell'art. 1469 bis del Codice Civile, valgono le seguenti disposizioni.

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società può recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio relativa al periodo di Assicurazione non trascorso.

Art. 1.8 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta di una delle Parti, spedita mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 – Oneri fiscali

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

Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge

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

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione

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

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo;
- c) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente. Sono comunque esclusi gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

Art. 2.2 – Rischi compresi

La copertura è operante per gli infortuni:

- derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli, ciclomotori e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione - escluso il virus H.I.V. - sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- annegamento;
- lesioni determinate da sforzi, con l'esclusione degli infarti, delle ernie (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, le Parti hanno facoltà di risolvere la controversia incaricando uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

La garanzia ha effetto dalla data di inizio della polizza sempreché, all'atto del perfezionamento di quest'ultima, l'Assicurato abbia presentato un certificato medico che escluda l'esistenza di detta infermità. In mancanza del certificato la garanzia medesima sarà invece operante dopo un periodo di carenza di 180 giorni.

Nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riflettente la garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni, in assenza della citata documentazione medica, ha effetto:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;

Condizioni di assicurazione

- dalla data di decorrenza della presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o congelamento.

Art. 2.3 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso, anche come passeggero
 - _ di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti (eccetto il caso in cui si tratti di polizza stipulata - anche in convenzione - da Agenzie di Viaggio a favore della clientela); resta altresì inteso che l'operatività della garanzia non si estende all'eventuale assicurazione complementare infortuni della quale sia civilmente responsabile il Contraente;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio),
- dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, hockey su ghiaccio o a rotelle;
- dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'Art. "Rischi compresi";
- da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. "Rischi compresi", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- gli infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. 2.4 – Afezioni

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti afezioni:

- epilessia, alcolismo, tossicodipendenza;
- sieropositività ove diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), nel momento in cui viene diagnosticata;
- sindromi organico cerebrali, schizofrenia;
- forme maniaco-depressive o stati paranoidei,

costituisce aggravamento del rischio e pertanto comporta l'applicazione dell'art. 1898 del Codice Civile.

Condizioni di assicurazione

3. PRESTAZIONI

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 3.1 – Prestazione relativa al caso di Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'indennità per il caso di Morte non è cumulabile con quella per il caso di Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per Morte - se superiore - e quella già pagata per Invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

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. 3.2 – Prestazione relativa al caso di Invalidità permanente

L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennità per invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato, sulla base delle percentuali previste dalla Tabella contrattualmente operante per la liquidazione dell'indennità spettante. L'indennità viene valutata in base a quanto stabilito dall'Art. "Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente" e viene corrisposta in conformità a quanto indicato nel successivo Art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente".

L'indennità è liquidata in contanti e non sotto forma di rendita.

Art. 3.3 – Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente

L'indennità per Invalidità permanente viene corrisposta, per ciascun Assicurato, in base ai criteri stabiliti in polizza e secondo le seguenti modalità:

FORMA 1 - Con franchigia 5% fino a euro 260.000 e 10% sull'eccedenza

- Sul capitale assicurato fino a euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10 % della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

FORMA 2 - Con franchigia modulata del 5% assorbibile dopo il 15%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% ma non al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 5%;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm. 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33

% da liquidare 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46

% Inv. Perm. 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 e oltre

Condizioni di assicurazione

% da liquidare 48 50 63 66 69 72 75 78 81 84 87 90 93 96 99 100

FORMA 3 - Con franchigia 3% fino a euro 105.000 e diversificata sull'eccedenza

- Sul capitale assicurato fino a euro 105.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compresa fra euro 105.000 e euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

FORMA 4 - Con franchigia modulata del 3% assorbibile dopo il 10%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm. 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

% da liquidare 9 11 13 14 15 16 17 18 19 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42

% Inv. Perm. 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 e oltre

% da liquidare 44 46 48 50 63 66 69 72 75 78 81 84 87 90 93 96 99 100

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 3.4 – Prestazione relativa al caso di Indennità giornaliera da ricovero

In caso di ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) conseguente a infortunio rientrante nella garanzia prestata, la Società corrisponde a ciascun Assicurato l'importo contrattualmente pattuito, in conformità a quanto indicato nel successivo Art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Indennità giornaliera da ricovero".

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato ai sensi di polizza a cura ultimata e su presentazione in originale di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura.

Art. 3.5 – Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Indennità giornaliera da ricovero

FORMA 1 – senza Franchigia

La Società corrisponde l'indennità convenuta per ogni giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

FORMA 2 – con Franchigia di 3 giorni

La Società corrisponde l'indennità convenuta a partire dal 4° giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

FORMA 3 – con Franchigia di 5 giorni

La Società corrisponde l'indennità convenuta a partire dal 6° giorno di degenza e per una durata non superiore a 300 giorni per anno assicurativo.

Art. 3.6 – Prestazione relativa alla garanzia rimborso spese di cura

L'assicurazione è valida - in caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza - fino a concorrenza del massimale prescelto per il rimborso delle spese sanitarie e più precisamente:

- a) spese per analisi ed esami di laboratorio, compresi i relativi onorari medici;
- b) in caso di ricovero, anche in regime di Day Hospital, nonché in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale: spese per le cure e per l'intervento, spese per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese per le rette di degenza;

Condizioni di assicurazione

c) spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e all'ambulatorio e viceversa.

Le spese di cui sopra verranno riconosciute entro i seguenti limiti:

- fino al 50% (cinquanta per cento) del massimale prescelto per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- fino al 50% (cinquanta per cento) del massimale prescelto per le altre spese di cura, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché per le rette di degenza;
- fino al 10% (dieci per cento) del massimale prescelto per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza.

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di uno scoperto, a carico dell'Assicurato, pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con il minimo di Euro 77 per singolo infortunio.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura. La documentazione in originale delle spese sostenute trasmesse alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciutogli. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Per quanto non regolato dalla presente garanzia valgono - in quanto applicabili - le condizioni che disciplinano il contratto nella sua totalità.

4. OPERATIVITA' DELLE PRESTAZIONI

Art. 4.1 – Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 4.2 – Variazioni nelle persone e nelle attività professionali assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza e per le relative attività dichiarate e in quanto permanga rispetto a esse il rapporto sulla base del quale fu fatta l'assicurazione.

Il Contraente ha l'obbligo di denunciare immediatamente alla Società le sostituzioni che si verificano nelle persone assicurate o la modifica delle attività professionali dichiarate.

L'assicurazione per il subentrante o per la nuova attività dichiarata - ove non implicino maggior rischio - diviene valida dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata con la quale viene fatta la comunicazione anzidetta.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione, mediante sostituzione del contratto, l'Assicurato o gli Assicurati cui l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

In ogni caso, sia che la variazione comporti o meno movimento di premio (in aumento o in riduzione), la Società prende e dà atto della variazione mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta.

Nel caso che il Contraente non accetti le nuove condizioni entro 8 giorni dalla loro comunicazione, ovvero non perfezioni, entro 8 giorni dalla presentazione, la polizza con la quale la Società dà atto della nuova situazione, pagando il relativo premio, la Società, nel termine di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha il diritto di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

Per gli infortuni che si verificano prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, si applica l'ultimo comma dell'art. 1898 del Codice Civile.

Il Contraente ha pure l'obbligo di estendere man mano l'assicurazione alle persone che venissero da lui assunte in servizio in aggiunta a quelle già assicurate, nonché di comunicare la cessazione dei singoli Assicurati, non seguita da sostituzione; in tali casi la Società ne prende atto con l'emissione del nuovo contratto alle nuove condizioni e l'assicurazione vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento del contratto stesso.

Art. 4.3 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Condizioni di assicurazione

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

Art. 4.4 – Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

Art. 4.5 – Recesso dal contratto e anticipata risoluzione

Fermo quanto stabilito dall'Art. "Recesso in caso di sinistro" delle Condizioni Generali di Assicurazione, in caso di risoluzione anticipata del contratto per cessazione del rischio e negli altri casi di recesso o risoluzione anticipata per le ipotesi previste dagli Artt. "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e "Aggravamento del rischio" delle Condizioni Generali di Assicurazione spettano alla Società, oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte:

- a) l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione, ai sensi degli artt. 1892, 1894, 1896 e 1898 del Codice Civile;
- b) la rifusione degli sconti di poliennalità per un importo pari al 18% o all'11% del premio (corrispondente allo sconto per poliennalità di cui si è tenuto conto nella determinazione del premio) rispettivamente per le polizze di durata non inferiore ai 10 anni o ai 5 anni, per ogni anno in cui la polizza è rimasta in vigore. Per le polizze decennali si dedurranno da tale importo tanti decimi per quanti anni la polizza avrà avuto vigore, sempreché essa abbia avuto corso per almeno 5 anni.

5. NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 – Obblighi

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro 3 giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e dev'essere corredata da certificato medico.

Il Contraente o l'Assicurato deve altresì:

- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi alla Società;
- dare immediato avviso telegrafico alla Società se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura.

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 5.2 – Criteri di indennizzabilità

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

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla Tabella contrattualmente operante per la valutazione del grado di invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Art. 5.3 – Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla

Condizioni di assicurazione

Tabella contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. In caso l'infortunio determini 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 o 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, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla Tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

Art. 5.4 – Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un Perito da questa incaricato - con il Contraente o persona da lui designata. In caso di disaccordo le Parti hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto.

Art. 5.5 – Pagamento dell'indennità

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

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

6. CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

(Le presenti condizioni sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'Art. "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione", delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto fra le Parti che il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

R - Rescindibilità

Pur essendo il presente contratto stipulato per durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun anno assicurativo a partire dalla data di rescindibilità indicata in polizza, mediante lettera raccomandata da inviarsi due mesi prima della scadenza.

Qualora di detta facoltà si avvalga il Contraente, spetta alla Società la rifusione degli sconti di poliennialità goduti, come da disposizioni contrattuali riportate nell'Art. "Recesso dal contratto e anticipata risoluzione".

B - Clausola broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio identificata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

7. CONDIZIONI RELATIVE AL RISCHIO SPECIALE

(Le presenti condizioni sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Stage o Corso post-diploma

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la partecipazione allo stage / corso post-diploma identificato con le caratteristiche relative a mansioni, sede ed indirizzo di svolgimento, descritti nella Scheda di Polizza.

Prestazioni

Condizioni di assicurazione

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Comunicazioni del Contraente

Il Contraente si impegna a segnalare tempestivamente alla Società, a mezzo lettera raccomandata, le eventuali variazioni che potessero verificarsi durante il corso del contratto rispetto alla situazione inizialmente denunciata.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro. 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Abrogazione rinuncia al diritto di surrogazione

L'Art. 4.3 "Rinuncia al diritto di surrogazione" delle Condizioni di Assicurazione si intende abrogato.

Premio

Il Contraente dichiara che il numero dei partecipanti è pari a quello indicato nella Scheda di Polizza e su tale dato viene calcolato il premio.

Il premio imponibile per ciascun partecipante è indicato nella Scheda di Polizza.

Per eventuali variazioni che potessero verificarsi durante il corso del contratto rispetto al numero sopra dichiarato, resta fermo quanto disposto dagli Artt. 1.5 "Aggravamento del rischio" e 4.2 "Variazione nelle persone e nelle attività professionali assicurate" delle Condizioni di Assicurazione.

Ludoteca a giornata presenza con regolazione del premio

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la loro permanenza presso la Ludoteca identificata nella Scheda di Polizza durante tutte le attività ricreative che si svolgano nell'orario previsto dalla Ludoteca stessa, sempreché il tutto sia svolto sotto la sorveglianza di personale apposito.

Limiti di età

L'assicurazione vale per i bambini di età non inferiore ai 3 anni compiuti.

Prestazioni

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Esonero denuncia generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai registri del Contraente stesso e a quelli in uso presso la ludoteca che il Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento su richiesta degli incaricati della Società.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro. 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Regolazione del premio

Premesso che per "giornate di presenza" si intende il numero complessivo delle giornate di presenza di ciascun Assicurato presso la Ludoteca, il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, il numero delle giornate di presenza assicurate e il premio imponibile per ogni giornata di presenza, sono indicate nella Scheda di Polizza e su tali dati viene anticipato il premio minimo acquisito.

Con riferimento a quanto previsto nel punto "Validità dell'assicurazione", entro 90 giorni dalla fine dell'ultimo periodo assicurato, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il numero effettivo delle giornate di presenza delle persone assicurate.

Sulla base della differenza attiva, la Società provvederà alla regolazione del premio relativo al periodo trascorso.

Gli importi risultanti dalla regolazione devono essere pagati nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Resta inoltre convenuto che la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo non potrà in nessun caso essere inferiore al premio stabilito al momento della stipulazione del contratto.

Doposcuola (Frequentatori e Assistenti) con regolazione del premio

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

Condizioni di assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano come Frequentatori e/o come Assistenti durante l'orario del Doposcuola che viene effettuato presso l'Istituto e l'ubicazione indicati nella Scheda di Polizza.

La categoria per la quale è prestata l'assicurazione è identificata nella Scheda di Polizza e le garanzie decorrono:

- per i Frequentatori, dal momento in cui vengono affidati agli Assistenti incaricati dal Contraente; la garanzia si intende operante per gli infortuni subiti nell'ambito di tutte le attività ricreative previste dal Doposcuola, sempreché svolte sotto la sorveglianza degli Assistenti;
- per gli Assistenti, esclusivamente mentre operano per conto del Contraente. Sono pertanto esclusi gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento di altre attività professionali private ed extraprofessionali.

Limiti di età

L'assicurazione vale per i Frequentatori di età non inferiore ai 5 anni compiuti. Non è ammessa la stipula della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto 75 anni di età.

Prestazioni

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Esonero denuncia generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai registri del Contraente stesso, registri che il Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento su richiesta degli incaricati della Società.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 1.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Regolazione del premio

Il Contraente dichiara che al momento della stipula del presente contratto il numero complessivo delle persone assicurate è indicato nella Scheda di Polizza, suddiviso tra Frequentatori e Assistenti e su tale dato viene anticipato il premio.

Il premio imponibile per ogni Frequentatore e per annualità assicurativa è indicato nella Scheda di Polizza.

Il premio imponibile per ogni Assistente e per annualità assicurativa è indicato nella Scheda di Polizza.

Entro 90 gg. dalla fine dell'annualità assicurativa, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società:

- il numero complessivo delle persone assicurate, suddivisi per Categoria, in corso di contratto;
- il numero effettivo delle persone assicurate, suddivisi per Categoria, al termine del periodo assicurativo.

Sulla base di tali dati, la Società provvederà alla regolazione attiva del premio relativo all'annualità trascorsa e a conguagliare il premio per la successiva annualità, richiedendo:

- 1) sulla differenza, il premio annuo pro capite indicato nella Scheda di Polizza, fermo restando che il premio procapite è dovuto per intero qualunque sia la data di ingresso o di uscita dalla garanzia;
- 2) ove si sia verificata una variazione in aumento nel numero degli Assicurati, l'intero premio annuo pro capite relativo alla differenza tra il numero degli Assicurati dichiarati dal Contraente in sede di consuntivo e quello su cui è stato calcolato il premio all'inizio dell'annualità assicurativa (per il pagamento del premio su quest'ultimo figura già emessa regolare quietanza dalla Società).

Gli importi risultanti dalla regolazione devono essere pagati nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Verificandosi l'ipotesi di cui al punto 2), la Società provvederà a modificare l'importo delle rate a venire come specificato nella relativa quietanza di regolazione.

Resta inoltre convenuto che la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo non potrà in nessun caso essere inferiore al premio stabilito al momento della stipulazione del contratto e comunque al premio risultante dai successivi adeguamenti.

Corso

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone, iscritte al corso come risultanti dai registri tenuti dal Contraente, subiscano mentre frequentano il corso indicato nella Scheda di Polizza.

Resta comunque inteso che la garanzia si intende operante esclusivamente quando gli iscritti praticano l'attività prevista dal corso e durante la loro permanenza nell'ambito della struttura stessa, purché sotto il diretto controllo del personale addetto.

Condizioni di assicurazione

Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore ai 6 anni. Non è ammessa la stipula della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto 65 anni di età.

Prestazioni

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Premio

Il Contraente dichiara che il numero dei partecipanti è indicato nella Scheda di Polizza e su tale dato viene calcolato il premio.

Il premio imponibile per ciascun partecipante è stabilito nella Scheda di Polizza.

Per eventuali variazioni che potessero verificarsi durante il corso del contratto rispetto al numero dichiarato nella Scheda di Polizza, resta fermo quanto disposto dagli Artt. 1.5 "Aggravamento del rischio" e 4.2 "Variazioni nelle persone e nelle attività professionali assicurate" delle Condizioni di Assicurazione.

Colonie estive/Colonie estive organizzate a campeggio

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone assicurate subiscano in qualità di ragazzi ospitati o in qualità di personale addetto alla colonia estiva / colonia estiva organizzata anche a campeggio istituita dall'Ente contraente nella località descritta nella Scheda di Polizza.

Validità dell'assicurazione

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.3 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia", e per ciascuno dei singoli periodi di seguito elencati, la garanzia decorre:

- per i ragazzi ospitati nella colonia estiva, dal momento in cui i ragazzi vengono consegnati dai genitori o da chi per essi al personale incaricato dal Contraente e ha termine nel momento in cui, al ritorno, vengono riconsegnati alle persone di cui sopra; la garanzia si intende operante per gli infortuni subiti nell'ambito di tutte le attività organizzate dalla colonia estiva sempreché svolte sotto la sorveglianza di personale apposito;
- per il personale addetto alla colonia, dal momento della loro assunzione in servizio da parte del Contraente fino al momento della cessazione del servizio e vale sia per gli infortuni professionali sia per quelli extra-professionali.

Limiti di età

L'assicurazione vale per i ragazzi di età non inferiore ai 6 anni compiuti. Non è ammessa la stipula della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto 75 anni di età.

Prestazioni

Ciascun ragazzo, dirigente o assistente, bagnino o inserviente si intende assicurato per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Esonero denuncia generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai registri del Contraente stesso e a quelli in uso presso la colonia, registri che il Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento su richiesta degli incaricati della Società.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro. 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Regolazione del premio

Premesso che per "giornate di presenza" si intende il numero complessivo delle giornate di presenza presso la colonia di ciascun Assicurato, il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, il numero delle giornate di presenza assicurate e il premio imponibile per ogni giornata di presenza, sono indicati nella Scheda di Polizza per ciascuna categoria di assicurati (ragazzi, dirigenti e/o assistenti, bagnini e/o inservienti) e su tali dati viene anticipato il premio.

Con riferimento a quanto previsto nel punto "Validità dell'assicurazione", entro 90 giorni dalla fine dell'ultimo periodo assicurato, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il numero effettivo delle giornate di presenza per ciascuna delle singole categorie.

Sulla base della differenza attiva, la Società provvederà alla regolazione del premio relativo al periodo trascorso.

Condizioni di assicurazione

Gli importi risultanti dalla regolazione devono essere pagati nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Resta inoltre convenuto che la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo non potrà in nessun caso essere inferiore al premio stabilito al momento della stipulazione del contratto.

Palestre

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che le persone regolarmente tesserate subiscano mentre frequentano la palestra indicata nella Scheda di Polizza per esercitare l'attività sportiva descritta nella Scheda di Polizza.

Resta comunque inteso che la garanzia si intende operante mentre gli iscritti praticano l'attività di cui sopra e durante la loro permanenza nell'ambito della struttura stessa, con esclusione degli infortuni derivanti dalla partecipazione a ogni forma agonistica.

Precisazioni

Resta convenuto tra le Parti che si intendono esclusi dalla copertura i danni estetici e i danni ai denti.

Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore ai 6 anni. Non è ammessa la stipula della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto 65 anni di età.

Prestazioni

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Diritto alla garanzia

Il titolo che costituisce diritto alla garanzia è il cartellino di iscrizione alla palestra rilasciato a cura del Contraente medesimo, cartellino che dovrà essere esibito agli incaricati della Compagnia in sede di liquidazione di indennizzo.

Affinché il suddetto cartellino sia operante assicurativamente, dovrà recare la vidimazione relativa all'anno in cui viene prestata la presente assicurazione.

Esonero denuncia generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai registri del Contraente, registri che il Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, su richiesta degli incaricati della Società.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro. 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Regolazione del premio

Il Contraente dichiara che al momento della stipula del presente contratto il numero degli iscritti alla palestra e il premio imponibile per ogni assicurato e per annualità assicurativa sono fissati nella Scheda di Polizza e su tali dati viene anticipato il premio.

Entro 90 gg. dalla fine dell'annualità assicurativa, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società:

- il numero complessivo degli iscritti, suddivisi per le attività descritte in polizza, in corso di contratto;
- il numero effettivo degli iscritti, suddivisi per le attività descritte in polizza, al termine del periodo assicurativo.

Sulla base di tali dati, la Società provvederà alla regolazione attiva del premio relativo all'annualità trascorsa e a conguagliare il premio per la successiva annualità, richiedendo:

- 1) sulla differenza, il premio annuo pro capite indicato nella Scheda di Polizza, fermo restando che il premio pro capite è dovuto per intero qualunque sia la data di ingresso o di uscita dalla garanzia;
- 2) ove si sia verificata una variazione in aumento nel numero degli Assicurati, l'intero premio annuo pro capite relativo alla differenza tra il numero degli Assicurati dichiarati dal Contraente in sede di consuntivo e quello su cui è stato calcolato il premio all'inizio dell'annualità assicurativa (per il pagamento del premio su quest'ultimo figura già emessa regolare quietanza dalla Società).

Gli importi risultanti dalla regolazione devono essere pagati nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Verificandosi l'ipotesi di cui al punto 2), la Società provvederà a modificare l'importo delle rate a venire come specificato nella relativa quietanza di regolazione.

Resta inoltre convenuto che la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo non potrà in nessun caso essere inferiore al premio stabilito al momento della stipulazione del contratto e comunque al premio risultante dai successivi adeguamenti.

Condizioni di assicurazione

Oratorio con tenuta dei registri degli iscritti

Le presenti condizioni modificano e integrano le Condizioni di Assicurazione e in caso di discordanza prevalgono sulle stesse.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale esclusivamente in occasione degli infortuni che i frequentatori regolarmente iscritti all'Oratorio identificato nella Scheda di Polizza subiscano durante la loro permanenza nell'Oratorio stesso.

Estensioni

La copertura prestata con la presente polizza si intende operante anche per gli infortuni subiti dai frequentatori mentre prendono parte ad attività ricreative, nonché durante gite o passeggiate della durata massima di un giorno, sempreché il tutto rientri nell'ambito dell'attività dell'Oratorio e si svolga sotto la sorveglianza di personale apposito.

Esclusioni

Fermo quanto disposto dall'Art. 2.3 "Rischi esclusi", **sono comunque esclusi** tutti gli infortuni verificatisi nel corso di qualsiasi attività sportiva durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili.

Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore ai 6 anni. Non è ammessa la stipula della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto 18 anni di età.

Prestazioni

Ciascuna persona si intende assicurata per le garanzie e le somme indicate nella Scheda di Polizza.

Esonero denuncia generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai registri del Contraente, registri che il Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, su richiesta degli incaricati della Società.

Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 1.000.000. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Regolazione del premio

Il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, il numero dei frequentatori regolarmente iscritti ammonta a quanto indicato nella Scheda di Polizza e su tale dato viene anticipato il premio.

Il premio imponibile per ogni Assicurato e per annualità assicurativa è indicato nella Scheda di Polizza.

Entro 90 giorni dalla fine dell'annualità assicurativa, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società:

- il numero complessivo degli iscritti durante l'anno medesimo;
- il numero effettivo degli iscritti al termine del periodo assicurativo.

Sulla base di tali dati, la Società provvederà alla regolazione attiva del premio relativo all'annualità trascorsa e a conguagliare il premio per la successiva annualità, richiedendo:

- 1) sulla differenza, il premio annuo pro capite indicato nella Scheda di Polizza, fermo restando che il premio procapite è dovuto per intero qualunque sia la data di ingresso o di uscita dalla garanzia;
- 2) ove si sia verificata una variazione in aumento nel numero degli Assicurati, l'intero premio annuo pro capite relativo alla differenza tra il numero degli Assicurati dichiarati dal Contraente in sede di consuntivo e quello su cui è stato calcolato il premio all'inizio dell'annualità assicurativa (per il pagamento del premio su quest'ultimo figura già emessa regolare quietanza dalla Società).

Gli importi risultanti dalla regolazione devono essere pagati nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Verificandosi l'ipotesi di cui al punto 2), la Società provvederà a modificare l'importo delle rate a venire come specificato nella relativa quietanza di regolazione.

Resta inoltre convenuto che la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo non potrà in nessun caso essere inferiore al premio stabilito al momento della stipulazione del contratto e comunque al premio risultante dai successivi adeguamenti.

Condizioni di assicurazione

8. TABELLE PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella A

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico-somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	

Condizioni di assicurazione

Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Tabella B (INAIL)

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
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 applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedere relativa tabella)	
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 della 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%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		8%
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%
- delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%

Condizioni di assicurazione

b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchoriosi 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%	
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 dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchoriosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
Visus residuo	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	0
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	1%	3%	6%	10%	14%	18%	23%	27%	31%	35%
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)	2%	6%	12%	19%	26%	34%	42%	50%	58%	65%

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 Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'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 con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	Inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	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.