

Polizza infortuni e invalidità permanente da malattia

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
(DIP DANNI)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni



Prodotto: "Associazione Riuniti – Polizza Convenzione Infortuni e Malattie"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione che tutela i soggetti assicurati dalle conseguenze economiche derivanti da un infortunio o da una invalidità permanente da malattia.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio: prevede la corresponsione del capitale assicurato ai beneficiari
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: prevede un indennizzo calcolato in base alla percentuale di invalidità accertata
- ✓ Diaria per applicazione di apparecchio gessato prevede la corresponsione di un importo giornaliero in caso di applicazione di mezzo di contenzione dovuto a fratture e a lesioni capsulo-legamentose
- ✓ Rimborso spese di cura: prevede il rimborso delle spese sostenute per la cura delle lesioni
- ✓ Contagio da H.I.V.: prevede la corresponsione del capitale assicurato in caso di contagio accidentale da H.I.V.
- ✓ Invalidità permanente da malattia: prevede la corresponsione di un indennizzo calcolato in base alla percentuale di invalidità accertata

Saranno operanti esclusivamente le garanzie esplicitamente scelte e acquistate.



Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

Non sono considerate assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate e le persone affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

Infortuni non indennizzabili derivanti da

- ✗ stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.
- ! È previsto un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 74 anni.
- ! Durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso, la garanzia di inabilità temporanea non è operante. Il Contraente ha tuttavia facoltà di chiedere la temporanea sospensione dell'assicurazione fino al

termine del servizio medesimo, con l'impegno di riattivare e di prorogare il contratto di un corrispondente periodo. La sospensione non può avere effetto antecedente le ore 24 del giorno della richiesta.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.

Fermo restando che la valutazione del grado di invalidità permanente avverrà in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto, se modifico il rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Laddove abbia in corso, presso diversi assicuratori, altre assicurazioni per lo stesso rischio, devo darne comunicazione per iscritto alla Società. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo. In caso di sinistro l'Assicurato è tenuto a darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.



Quando e come devo pagare?

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della polizza devo pagare il premio entro tale data mediante bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato al Broker.

La copertura termina alla data indicata sulla polizza, salvo il caso in cui, previo pagamento del premio di rinnovo, la copertura prosegue per l'anno successivo.



Come posso disdire la polizza?

Posso disdire la polizza mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

Polizza infortuni e invalidità permanente da malattia

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

Impresa che realizza il prodotto: Società Reale Mutua di Assicurazioni



Prodotto: "Associazione Riuniti – Polizza Convenzione Infortuni e Malattie"

Ed. 12/2021 (ultimo aggiornamento 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

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: www.realemutua.it; e-mail: buongiorno reale@realemutua.it; pec: realemutua@pec.realemutua.it.
 Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.335 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 2.275 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 885,9 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 398,6 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.439,9 milioni di euro;
- solvency ratio: 388,3%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Limiti di indennizzo:

Per ciascuna garanzia prevista dalla polizza sono indicati:

- capitale/somma assicurata/limite massimo di indennizzo (massimale). Salvo laddove diversamente indicato, i massimali si intendono per anno assicurativo.
- gli eventuali scoperti e franchigie i cui importi, per ciascuna prestazione, restano a carico dell'Assicurato



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: La denuncia dell'infortunio, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale, deve essere fatta alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza nel termine di 15 giorni dall'infortunio, oppure dal momento in cui l'Assicurato (od i suoi aventi diritto) ne abbiano avuto la possibilità, oppure dal momento in cui il Contraente ne abbia avuto conoscenza.
	Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 15 giorni al pagamento.
Ulteriori obblighi del Contraente	Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è comprensivo dell'aliquota di imposta del 2,5%.
Rimborso	Qualora si manifesti una delle condizioni di non assicurabilità dopo l'incasso del premio, la persona cessa di essere assicurata; in questo caso il Contraente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Carenze: Per la sola Invalidità Permanente da Malattia la garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione o all'ingresso in copertura. Per le altre garanzie la polizza non prevede periodi di carenza.
---------------	---

	<p>Qualora il contratto sia emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro riguardante lo stesso Assicurato e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal giorno in cui ha avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti; - dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
--	---



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Il prodotto si rivolge ai Soci dell'Associazione Riuniti (che svolgono attività di odontoiatra) e, limitatamente alle garanzie della copertura facoltativa Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia di cui alla Sezione B della polizza, ai loro familiari (che non svolgono attività manuali).</p>



Quali costi devo sostenere?

L'ammontare della quota parte percepita dagli intermediari è pari al 20% dei premi contabilizzati.
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it.</p> <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.</p> <p>Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p>
ALL'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<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>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

Commissione di garanzia:

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

Arbitrato

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile

Associazione RIUNITI

Polizza Convenzione Infortuni - Malattie

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono formate da 21 pagine

DEFINIZIONI**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici.

ASSICURATO

Ogni Socio dell'Associazione RIUNITI (che svolge attività di odontoiatra), oppure – limitatamente per le garanzie di cui alla Sezione B – ogni suo familiare (che non svolge attività manuali), aderenti alla Convenzione.

BROKER

Vogliotti Broker s.r.l.

CONTRAENTE

Associazione RIUNITI

GESSATURA

L'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici immobilizzanti, escluso il collare di Vacchelli, la necessità dei quali venga stabilita da Medici – Chirurghi.

COMPAGNIA

Società Reale Mutua di Assicurazioni.

FRANCHIGIA

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia, della capacità dell'Assicurato di svolgere qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo e di soggiorno.

MALATTIA

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima dell'adesione alla Convenzione.

MODULO DI ADESIONE

Il documento compilato dai Soci che intendono aderire alla Convenzione.

POLIZZA

I documenti che provano il contratto di assicurazione.

RICOVERO

La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – DURATA DEL CONTRATTO

La presente *polizza* ha efficacia dalla data indicata nel cartellino anagrafico alla voce “Decorrenza contratto” a quella indicata alla voce “Scadenza contratto”. Decorso tale periodo, **In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno - sempreché il rapporto S/P non sia superiore al 120% - e così di seguito** (art. 1899 del Codice Civile).

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di Reale Mutua al pagamento dei *premi* scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le *Compagnia*, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta dell'*Assicurato*, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile.

Art. 1.3 - VARIAZIONI

Le variazioni o modificazioni della presente polizza devono risultare per iscritto da apposita pattuizione contrattuale sottoscritta dal *Contraente* e dalla *Compagnia*.

Art. 1.4 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun *Assicurato*.

Art. 1.5 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'*Assicurato*.

ART. 1.6 - ONERI FISCALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla *polizza* e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del *Contraente* anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

ART. 1.7 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'*assicurazione* viene prestata per tutto il mondo.

Art. 1.8 - NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO INFORTUNI

ART. 2.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia *dell'infortunio*, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale, **deve essere fatta alla *Compagnia* od al *Broker* che gestisce la *polizza* nel termine di 15 giorni dall'*infortunio***, oppure dal momento in cui l'*Assicurato* (od i suoi aventi diritto) ne abbiano avuto la possibilità, oppure dal momento in cui il *Contraente* ne abbia avuto conoscenza.

Avvenuto l'*infortunio*, l'*Assicurato* deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché **informare periodicamente la *Compagnia* sul decorso delle lesioni**.

Qualora l'*infortunio* abbia cagionato la morte dell'*Assicurato* o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla *Compagnia* od al *Broker* che gestisce la *polizza* mediante telegramma o lettera raccomandata.

L'*Assicurato*, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

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

In caso di *assicurazione* presso diversi assicuratori (art.1910 del Codice Civile), il *Contraente* deve darne avviso a ciascuno di essi.

ART. 2.2 - CONTROVERSIE, ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'*infortunio*, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*.

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

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

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

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

ART. 2.3 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, il corpo dell'*Assicurato* non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la *Compagnia* liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del C.C. Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'*Assicurato* risultasse in vita, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta l'*Assicurato* potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente da *infortunio* eventualmente subita.

ART. 2.4 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'indennizzo è eseguito, con moneta legalmente in corso in Italia al momento del *sinistro*, presso la sede della *Compagnia* o del *Broker* che gestisce la *polizza*, entro 15 giorni dalla data della liquidazione.

Nel caso in cui il rischio relativo alla *polizza* sia ripartito per quote fra più Imprese, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla *polizza*, esclusa ogni responsabilità solidale.

ART. 2.5 – LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più *Assicurati* con la presente *polizza*, **l'esborso a carico di Reale Mutua non potrà superare complessivamente € 10.000.000,00 intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun *Assicurato* qualora le somme liquidabili a termini di *polizza* eccedano detto importo.**

SEZIONE A – COPERTURA INFORTUNI SEMPRE OPERANTE PER IL SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI

Art. 3.1 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia di cui alla presente Sezione decorre dalle ore 24 del 31.12.2021 e cessa, alle ore 24.00 del 31.12.2022. **In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno - sempreché il rapporto S/P non sia superiore al 120% - e così di seguito** (art. 1899 del Codice Civile).

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di premio successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della *Compagnia* al pagamento dei premi scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

La garanzia non è estesa al nucleo familiare del socio dell'Associazione RIUNITI.

Art. 3.2 - PREMIO

Il *premio* annuo, comprensivo di imposte, per la garanzia di cui alla presente Sezione è pari a € 5 per ciascun socio dell'Associazione RIUNITI.

Art. 3.3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia di cui alla presente Sezione vale per gli *infortuni* che il socio dell'Associazione RIUNITI subisca quando si trova a bordo di autoveicoli, motoveicoli e ciclomotori **in qualità di conducente, purché abilitato alla guida**. Sono compresi gli *infortuni* verificatisi durante la riparazione del mezzo e delle relative operazioni per riprendere la marcia.

ART. 3.4 - RISCHI NON ASSICURATI

Salvo patto speciale, non sono compresi nell'*assicurazione* gli *infortuni* derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenie, forme maniaco-depressive o stati paranoici, infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S.;
- guida in stato di ebbrezza o ubriachezza;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'*Assicurato* è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*;
- guerra ed insurrezioni.

Sono altresì esclusi gli *infortuni*:

- che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, da qualsiasi atto di terrorismo, non limitato al solo uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di una singola persona o da gruppi di persone, che includa una delle seguenti azioni indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca al sinistro:
 - la diffusione o la minaccia di diffusione di germi, *malattie* o altri contagi o contaminanti chimici o biologici;
 - l'uso o la minaccia d'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o di sostanze radioattive.

PRESTAZIONI

ART. 3.5 - CASO DI MORTE DA INFORTUNIO

Se *l'infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde un **capitale pari a € 15.000** ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi *dell'Assicurato* in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

ART. 3.6 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se *l'infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, la *Compagnia* corrisponde un **capitale pari a € 15.000**.

Se *l'infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente accertata di grado inferiore al 60% della totale, la presente garanzia non dà diritto ad alcun indennizzo.

Il grado di invalidità permanente viene accertata facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella annessa al Testo Unico sull'*Assicurazione* obbligatoria contro gli *infortuni* – Industria – approvata con D.P.R. 30/6/1965, n°1124.

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

La perdita assoluta ed irrimediabile della funzionalità 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 indicate 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 od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%**.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, *l'indennizzo* è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione *dell'Assicurato*.

ART. 3.7 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Tabelle di cui all'art. 3.6 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

SEZIONE B – COPERTURA FACOLTATIVA INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

N.B. le garanzie di cui alla presente Sezione:

- si intendono operanti nei confronti di ciascun *Assicurato* **unicamente qualora lo stesso ne abbia richiesto l'attivazione mediante compilazione, sottoscrizione e invio del relativo Modulo di Adesione;**
- possono essere estese al nucleo familiare del socio dell'Associazione RIUNITI, **salvo laddove espressamente riservate al socio.**

Art. 4.1 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia di cui alla presente Sezione decorre, per ogni singolo *Assicurato*, con effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del *premio* sul conto corrente bancario intestato a *Broker Vogliotti s.r.l.*, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione ovvero 31.12.2021.

Al fine di aderire alla presente copertura, il socio dell'Associazione RIUNITI **si impegna a trasmettere al Broker il Modulo di Adesione adeguatamente compilato e sottoscritto – per sé o per l'intero nucleo familiare – unitamente alla fotocopia dell'ordine irrevocabile di bonifico** effettuato – per il pagamento del *premio* – sul conto corrente del *Broker* indicato nel medesimo *Modulo di Adesione*.

Art. 4.2 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'*Assicurato* per iscritto nel *Modulo di Adesione*, **che dovrà essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto**, formano la base del presente contratto, e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

Nel caso di mutamenti che aggravino il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di darne immediato avviso alla Compagnia.

Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'*Assicurato*, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, **sempreché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.**

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente *polizza*, la *Compagnia* rinuncia al diritto di recesso di cui all'art.1898 del Codice Civile e l'*Assicurato* si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

Art. 4.3 - PREMIO

Ai fini della determinazione del *premio* della presente *assicurazione*, gli *Assicurati* vengono distinti nei due seguenti gruppi:

- a) soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra;
- b) Familiari dei soci dell'Associazione RIUNITI, che non svolgono l'attività di odontoiatra.

Il *premio*, comprensivo di imposte, è calcolato in funzione delle tabelle di cui agli artt. 8.1 e 8.2 delle presenti Condizioni di Assicurazione e riportate sul *Modulo di Adesione*.

Si conviene tra le Parti che, per ogni *Assicurato*, deve essere corrisposto alla Compagnia:

- il 100% del premio annuo per gli ingressi in copertura avvenuti tra il 31.12.2021 e il 30.06.2022;
- il 60% del premio annuo per gli ingressi in copertura avvenuti tra il 01.07.2022 e il 31.12.2022.

ART. 4.4 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI FACOLTATIVA

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in *polizza*;
- di ogni altra attività che l'*Assicurato* svolga senza carattere di professionalità.

A titolo esemplificativo e non limitativo, sono compresi gli *infortuni*:

- subiti in stato di malore od incoscienza;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- sofferti in stato di ubriachezza, **purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione.**

Sono considerati *infortuni* anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;

- gli avvelenamenti acuti da ingestione accidentale o da assorbimento accidentale di sostanze;
- gli avvelenamenti del sangue e infezioni – escluso HIV – sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole ,di calore, di freddo e le influenze termiche e/o atmosferiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti;
- le lesioni muscolari da sforzo di origine traumatica diretta;
- gli *infortuni* subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport, **eccettuati il paracadutismo e gli sport aerei in genere;**
- gli *infortuni* derivanti da aggressioni, rapine, attentati, atti di terrorismo e vandalismo **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;**
- conseguenti ad atti compiuti o tentati per dovere di solidarietà umana.

ART. 4.5 – INFORTUNI CAUSATI DA COLPA GRAVE – TUMULTI POPOLARI – RISCHIO GUERRA

L'assicurazione comprende, a parziale deroga:

- dell'art.1900 del Codice Civile, gli *infortuni* derivanti da colpa grave *dell'Assicurato*;
- dell'art.1912 del Codice Civile, gli *infortuni* derivanti da tumulti popolari, a condizione che *l'Assicurato* non vi abbia preso parte attiva nonché gli *infortuni* avvenuti all'estero (**fatta eccezione per il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino**) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.**

ART. 4.6 – INFORTUNI CAUSATI DA CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile, *l'assicurazione* è estesa agli *infortuni* derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni o inondazioni.

Resta però convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca, in un unico evento (intendendosi per evento tutti gli *infortuni* avvenuti in un arco di tempo della durata di 72 ore consecutive), più *Assicurati* con la *Compagnia*, **l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 4.000.000,00 per tutti gli indennizzi.**

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

ART. 4.7 – INFORTUNI AERONAUTICI - CONDIZIONE NON VALIDA PER IL PERSONALE AERONAVIGANTE

La garanzia è estesa agli *infortuni* che *l'Assicurato* subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

Se più *Assicurati* subiscono un *infortunio* nello stesso evento, **l'esborso a carico dell'Impresa non potrà superare la somma di € 6.460.000,00, complessivamente per aeromobile, relativamente al rischio volo, restando inteso che in detti limiti rientrano anche gli indennizzi riferentisi ad altri *Assicurati* per lo stesso rischio con altre eventuali *polizze* stipulate dallo stesso *Contraente* con la Società Reale Mutua di Assicurazioni.**

Pertanto, qualora i predetti indennizzi calcolati per le singole *polizze* dovessero eccedere, nel totale, tale importo, gli stessi verranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali previsti sulle singole *polizze* stipulate con la Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il rischio aereo inizia nel momento in cui *l'Assicurato* sale a bordo dell'aeromobile per intraprendere un viaggio e cessa quando ne è disceso.

Il rischio di salita e discesa è considerato rischio aereo.

La presente garanzia è estesa agli *infortuni* derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, ferme restando le esclusioni e le estensioni a questo riguardo previste dagli artt. 4.4 e 4.5.

ART. 4.8 – RISCHI NON ASSICURATI

Salvo patto speciale, non sono compresi nell'assicurazione gli *infortuni* derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenie, forme maniaco-depressive o stati paranoici, infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. (per quest'ultima, fermo il disposto degli artt. 6.1 e 6.4 delle Condizioni Speciali di Assicurazione Infortuni);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
- guerra ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 4.5.

Sono altresì esclusi gli *infortuni*:

- che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, da qualsiasi atto di terrorismo, non limitato al solo uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di una singola persona o da gruppi di persone, che includa una delle seguenti azioni indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca al sinistro:
 - la diffusione o la minaccia di diffusione di germi, *malattie* o altri contagi o contaminanti chimici o biologici;
 - l'uso o la minaccia d'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o di sostanze radioattive.

Le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da *infortunio*, non rientrano nella garanzia prestata.

ART. 4.9 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Si rimanda al precedente articolo 1.2.

ART. 4.10 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il *Contraente* o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione all'Impresa o al *Broker* che gestisce la *polizza*, in caso di *infortunio* che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura ai sensi dell'art. 1898 del C.C. se le diverse attività aggravano il rischio.

PRESTAZIONI

ART. 4.11 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Tabelle di cui all'art. 4.13 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 4.12 - CASO DI MORTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

ART. 4.13 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la invalidità permanente totale, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata.

Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'*indennizzo* viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento:

- ai valori indicati nella Tabella Specifica di Supervalutazione di cui all'art. 4.14, **qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI che svolge attività di odontoiatra;**
- ai valori indicati nella Tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni – Industria – approvata con D.P.R. 30/6/1965, n°1124:
 - per le invalidità non rientranti nella predetta Tabella Specifica di Supervalutazione
oppure
 - qualora l'*Assicurato* sia un familiare del socio dell'Associazione RIUNITI.

Si precisa che, in tal caso, la liquidazione ed il pagamento dell'indennizzo verranno effettuati in capitale.

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

La perdita assoluta ed irrimediabile della funzionalità 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 indicate 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 od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.**

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, l'*indennizzo* è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

ART. 4.14 - TABELLA SPECIFICA DI SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO - OPERANTE SOLO PER SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI

Qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI che svolge attività di odontoiatra, il grado di invalidità permanente parziale viene accertato in base ai valori indicati nella tabella sotto riportata:

TIPO DI LESIONE	DESTRO	SINISTRO
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di una mano	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del pollice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica dell'indice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del medio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica anulare	20%	20%
per la perdita totale, anatomica mignolo	20%	20%
per la perdita totale della falange ungueale del pollice	100%	100%
per la perdita totale della falange ungueale dell'indice	100%	60%
per la perdita totale della falange ungueale del medio	20%	15%
per la perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano sino al massimo del	100%	
per la sordità totale bilaterale	100%	
per la perdita totale sordità totale di un orecchio	30%	
per la perdita totale di un piede	70%	
per la perdita della voce	50%	

ART. 4.15 - LESIONI MUSCOLARI DA SFORZO

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente da *infortunio*, alle lesioni muscolari da sforzo, esclusi gli infarti, **comprese le ernie addominali determinate da sforzo con l'intesa che:**

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l' "indennità da ricovero da infortunio e malattia", se assicurata;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità non superiore al 20% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente da infortunio totale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione potrà essere rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 2.2 – Controversie, arbitrato irrituale.

ART. 4.16 - RIPARAZIONE DANNI ESTETICI

Per l'Assicurato che non abbia superato il cinquantesimo anno di età, in caso di *infortunio* rientrante nella garanzia prestata che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico non altrimenti indennizzabili, in quanto non determinanti un'invalidità permanente, la *Compagnia* rimborsa - **fino ad un importo massimo di Euro 6.000,00 (seimila) - le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla data del sinistro** per cure ed applicazioni, effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

FRANCHIGIE

ART. 4.17 - FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Resta convenuto che l'indennità per Invalidità Permanente Parziale verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI, **l'indennizzo dovuto è calcolato, applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie in seguito indicate - alle componenti di capitale nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata per invalidità permanente totale:**
 - a. per la prima componente, pari a € 250.000, la **franchigia** è di **3 punti percentuali**;
 - b. per la seconda, pari all'eccedenza oltre € 250.000, fino a € 500.000, la **franchigia** è di **5 punti percentuali**;
 - c. per la terza, pari all'eccedenza oltre € 500.000, la **franchigia** è di **10 punti percentuali**.

Pertanto, la **Compagnia non paga alcun indennizzo se l'invalidità (X) è pari o inferiore alla franchigia (fr) e liquida un indennizzo proporzionale al residuo grado di invalidità (X-fr) se il grado di invalidità è maggiore.**

- Qualora l'Assicurato sia un familiare del socio dell'Associazione RIUNITI, **non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità Permanente Parziale pari od inferiore al 3% della Totale**; per Invalidità Permanente Parziale di grado superiore al 3% ed entro il 25%, **l'indennizzo verrà corrisposto solamente per la parte eccedente i primi tre punti di invalidità**; per Invalidità Permanente Parziale superiore al 25%, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.

Le *franchigie* si applicano sulla somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente al momento del sinistro.

ART. 4.18 – CUMULO DI INDENNIZZI

L'indennizzo per "Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante" e "Rimborso delle Spese mediche da infortunio" è cumulabile con quello per Morte o Invalidità Permanente.

Inoltre, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno *dell'infortunio* ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello da corrispondere per il caso di morte, ove questo sia superiore; non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente *dall'infortunio* dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la *Compagnia* paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

**CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA
(VALIDE SOLO SE ESPRESAMENTE PRESCELTE DALL'ASSICURATO NEL MODULO DI ADESIONE)**

5.A) DIARIA GIORNALIERA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO IMMOBILIZZANTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di un *infortunio* rientrante nella garanzia prestata con la presente *polizza*, anche se non determinante un'invalidità permanente, sia portatore:

- di apparecchio gessato,
- di qualsiasi altro mezzo di contenimento immobilizzante, comunque esterno e applicato da personale medico, escluso il collare di Vacchelli,

la *Compagnia* riconosce una indennità giornaliera pari alla somma assicurata risultante in *polizza*, fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del mezzo di contenimento immobilizzante.

In nessun caso la *Compagnia* liquiderà la diaria per un periodo superiore a 60 giorni per *infortunio*.

In caso di *sinistro*, l'Assicurato o gli aventi diritto, oltre ad essere tenuti agli adempimenti dell'art. 2.1 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi, **devono presentare copia integrale della cartella clinica o un documento equivalente, in originale, rilasciato dal Centro Medico che ha effettuato l'intervento di gessatura e della sua rimozione.**

5.B) RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La *Compagnia*, in caso di *infortunio* rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente da *infortunio*, rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza dell'importo convenuto con il **massimo di Euro 15.000,00 per anno assicurativo**, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- spese di trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- spese fisioterapeutiche in genere;
- accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica completa (in caso di ricovero), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

5.C) FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (VALIDA SOLO PER SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA)

Limitatamente ai soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra, la *Compagnia*, nel caso di *infortunio* che abbia determinato una Invalidità Permanente Parziale, liquida l'indennizzo secondo i seguenti criteri:

- per Invalidità Permanente Parziale di grado pari od inferiore al 5% della Totale, **non si farà luogo ad alcun indennizzo;**
- per Invalidità Permanente Parziale di grado superiore al 5%, **l'indennizzo verrà corrisposto solamente per la parte eccedente i primi cinque punti di invalidità.**

**CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI
(SEMPRE OPERANTI - ESCLUSIVAMENTE PER I SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DI
ODONTOIATRA - IN CASO DI ATTIVAZIONE DELLA PRESENTE SEZIONE B)**

CONTAGIO DA H.I.V.

ART. 6.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Limitatamente per i soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra, l'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti al successivo art. 6.2, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari ad € 150.000,00.

ART. 6.2 - DENUNCIA DI SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, **deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o lettera raccomandata o fax.**

Contemporaneamente deve essere inviata per lettera raccomandata alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva.

Se il primo test immunologico fornisce un risultato negativo, **l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test:** se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo, l'Impresa liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione.

Tutte le spese mediche relative ai test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

ART. 6.3 - LIQUIDAZIONE

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente art. 6.2, corrisponde l'indennizzo pattuito.

ART. 6.4 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V. prima della denuncia del sinistro.

Parimenti, **non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.**

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

PREMESSA

Fermo restando il disposto di cui ai seguenti artt. 7.8 "Esclusioni e variazioni in corso di polizza" e 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione", l'Assicurato è esonerato dalla compilazione e sottoscrizione del Questionario Sanitario.

N.B. La garanzia Invalidità Permanente da Malattia è acquistabile unicamente in abbinamento alla garanzia Infortuni di cui alla presente Sezione B

ART. 7.1 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Nell'assicurazione non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art.1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

ART. 7.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In base alle dichiarazioni rese dal Contraente, anche in nome e per conto degli Assicurati, la Compagnia garantisce agli Assicurati medesimi il pagamento di un *indennizzo* per il caso di invalidità permanente conseguente a *malattia*.

Sono oggetto della presente *polizza* le *malattie manifestatesi non oltre un anno* dalla scadenza della copertura per ogni singolo Assicurato e insorte:

- successivamente alla data di effetto della polizza n. 2012.05.2381018 (31.12.2012) o della successiva data di decorrenza della garanzia per il singolo Assicurato;
- conseguenti a patologie insorte prima della data di effetto della polizza n. 2012.05.2381018 (31.12.2012) o della successiva data di decorrenza della garanzia per il singolo Assicurato, **purché non conosciute dall'Assicurato in tale data.**

L'assicurazione è prestata:

- per la somma indicata in *polizza*;
- fermi i limiti, le esclusioni ed i criteri di non assicurabilità per le persone affette da alcune patologie, riportati agli artt. 7.7 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 7.8 "Esclusioni e variazioni in corso di polizza", 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione".

La percentuale di invalidità permanente è accertata in base al disposto di cui agli artt.li 7.3 "Criteri di indennizzo" e 7.4 "Valutazione dell'invalidità permanente".

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è invece determinata in base alla tabella di cui all'art. 7.5 "Tabella per liquidazione di invalidità permanente da *malattia*".

Non rientra nell'oggetto della presente copertura assicurativa per Invalidità Permanente da *malattia* alcun indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato.

ART. 7.3 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Compagnia corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette causate dalla singola *malattia* denunciata, indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che la *malattia* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle menomazioni prodotte dalla *malattia* sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, **l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette della *malattia* come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti**, fermo quanto stabilito all'art. 7.2 "Oggetto dell'Assicurazione" per dette patologie preesistenti e all'art. 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione" per le persone non assicurabili.

ART. 7.4 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata - **non prima che sia decorso un anno e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia** - secondo i criteri stabiliti per le *assicurazioni* sociali contro gli *infortuni* e le *malattie* professionali, con riferimento alla tabella allegato n° 1 prevista dal T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R 30 giugno 1965 n.1124 e sue successive modificazioni, intervenute fino alla data di stipulazione della *polizza*.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'*indennizzo* è stabilito, facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% (venticinque per cento) della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25%, la Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al disposto dell'art. 7.5.

ART. 7.5 - TABELLA DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è determinata in base alla tabella di seguito riportata:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA			
GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATO	CORRISPONDENTI PERCENTUALI DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA	GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATO	CORRISPONDENTI PERCENTUALI DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA
25%	5%	56%	59%
26%	8%	57%	63%
27%	11%	58%	67%
28%	14%	59%	71%
29%	17%	60%	75%
30%	20%	61%	79%
31%	23%	62%	83%
32%	26%	63%	87%
33%	29%	64%	91%
34%	32%	65%	95%
da 35% a 55%	35% – 55%	66% e oltre	100%

ART. 7.6 - NON CUMULABILITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE CON EVENTUALI GARANZIE PRESTATE CON ALTRA POLIZZA NEL RAMO INFORTUNI

Per ogni singolo evento, la presente *assicurazione* non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con *polizze* nel ramo *infortuni* stipulate con la *Compagnia* e liquidabili in base alle stesse.

ART. 7.7 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto la presente *polizza* o del successivo ingresso in copertura.

Qualora il presente contratto sia emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di carenza operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

ART. 7.8 - ESCLUSIONI E VARIAZIONI IN CORSO DI POLIZZA

La garanzia non opera per:

- a) le invalidità permanenti che siano conseguenze di *malattie* (quindi anche stati patologici) insorte anteriormente alla data del 31.12.2021 o del successivo ingresso in copertura;
- b) le invalidità permanenti preesistenti alla data del 31.12.2021 o del successivo ingresso in copertura;
- c) invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni;
- d) le *malattie* mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- e) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- f) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
- g) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- h) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- i) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate.

Per le maggiori somme assicurate e per le eventuali diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di *polizza*, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della *polizza*.

ART. 7.9 - PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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

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

La sopravvenienza in corso di *polizza* delle predette situazioni a carico dell'*Assicurato* costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'*assicurazione*, senza obbligo della *Compagnia* di corrispondere alcun indennizzo. In tal caso l'Impresa restituisce al *Contraente* la parte di *premio*, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 7.10 - LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* cessa automaticamente alla scadenza successiva al compimento del 65° anno di età da parte dell'*Assicurato*.

Tale cessazione si verifica nonostante l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo la cessazione stessa; i *premi* verranno in tale caso restituiti a richiesta del *Contraente*.

NORME CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**ART. 7.11 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**

I **sinistri** devono essere denunciati alla **Compagnia** od al **Broker** che gestisce la polizza entro **30 giorni** da quando la **malattia**, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata, è stata diagnosticata e **sempreché la malattia stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo Assicurato.**

In caso di impossibilità del **Contraente/Assicurato**, la denuncia può essere effettuata anche da eventuali altri **Assicurati**; se non risultano altri **Assicurati**, il **Contraente/Assicurato** dovrà denunciare il sinistro al momento in cui ne ha la possibilità.

Alla denuncia di **sinistro** deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un **dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della malattia.**

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di invalidità permanente.

L'**Assicurato** deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla **Compagnia**, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

ART. 7.12 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto del **Contraente/Assicurato** all'indennizzo, le parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di **polizza**, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato**. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

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

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

ART. 7.13 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il grado di invalidità permanente viene accertato in base agli artt.li 7.3 "Criteri di indennizzo" e 7.4 "Valutazione dell'Invalidità Permanente", tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**Assicurato**.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica di cui all'art. 7.11 sono a carico dell'Assicurato. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'**Assicurato** muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la **Compagnia** paga agli eredi dell'**Assicurato** l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente **polizza** sia ripartito per quote fra più Compagnie, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla **polizza**, esclusa ogni responsabilità solidale.

SEZIONE B - CAPITALI ASSICURATI E CONDIZIONI DI PREMIO

ART. 8.1 - PREMI LORDI ANNUI: ASSOCIATO RIUNITI CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA

Somma assicurata	Garanzia	Età Assicurato	Tasso Lordo
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Morte da infortunio	Qualsiasi	0,75‰
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio	Qualsiasi	1,30‰
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio Se operante la Condizione Particolare 4.C) – Franchigia Assoluta 5%	Qualsiasi	0,90‰
Ogni € 50,00 giornaliera assicurate per	Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	Qualsiasi	0,60 per €
Ogni € 5.000,00 di	Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	Qualsiasi	9,00‰
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da malattia	fino a 25 anni	1,00‰
		da 26 a 30 anni	1,10‰
		da 31 a 35 anni	1,20‰
		da 36 a 40 anni	1,45‰
		da 41 a 45 anni	1,60‰
		da 46 a 50 anni	1,75‰
		da 51 a 55 anni	1,90‰
		da 56 a 60 anni	2,50‰
Ogni € 50.000,00 assicurati per il caso di	Contagio da virus Epatite B e C	Qualsiasi	0,20‰

Per questa categoria di assicurati è operante la “Tabella Specifica di supervalutazione per invalidità permanente da infortunio” di cui all’art. 4.14.

ART. 8.2 - PREMI LORDI ANNUI: FAMILIARI DEGLI ASSOCIATI RIUNITI CHE NON SVOLGONO ATTIVITÀ MANUALI

Somma assicurata	Garanzia	Età Assicurato	Tasso Lordo
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Morte da infortunio	Qualsiasi	0,75‰
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio	Qualsiasi	1,05‰
Ogni € 50,00 giornaliera assicurate per	Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	Qualsiasi	0,60 per €
Ogni € 5.000,00 di	Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	Qualsiasi	9,00‰
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da malattia	fino a 25 anni	1,00‰
		da 26 a 30 anni	1,10‰
		da 31 a 35 anni	1,20‰
		da 36 a 40 anni	1,45‰
		da 41 a 45 anni	1,60‰
		da 46 a 50 anni	1,75‰
		da 51 a 55 anni	1,90‰
		da 56 a 60 anni	2,50‰
	da 61 a 65 anni	2,90‰	

ART. 8.3 - CAPITALI MASSIMI ASSICURABILI PER SINGOLO ASSOCIATO O FAMILIARE

<input type="checkbox"/> Morte da infortunio	€ 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da infortunio	€ 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	€ 15.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da malattia	€ 400.000,00
<input type="checkbox"/> Contagio da virus Epatite B e C (per il solo iscritto che svolge attività di odontoiatra)	€ 150.000,00

Fermo quanto disposto dall'art. 4.4-Oggetto dell'assicurazione infortuni facoltativa, per i soli Assicurati che svolgono l'attività di Odontoiatra e che attivino contestualmente (o abbiano già attivato) la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia", è possibile acquistare l'estensione della copertura al rischio di contrarre il virus dell'Epatite B e C, al fine di tutelarsi dai casi di contagio diversi da quello accidentale occorso in occasione di un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

La suddetta estensione di copertura si intende operante nei termini di seguito riepilogati e fino alla concorrenza del capitale assicurato indicato sul modulo di adesione.

Denuncia del sinistro ed obblighi relativi – Criteri di indennizzabilità

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus dell'Epatite, **deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o lettera raccomandata o fax.**

Contemporaneamente deve essere inviata per lettera raccomandata alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo accertamento diagnostico presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è affetto da Epatite B o C, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa a tale garanzia ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva.

Tutte le spese mediche relative agli accertamenti diagnostici volti a confermare il contagio da Epatite B o C sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Qualora il primo test per l'epatite risultasse negativo, l'Assicurato, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporri al secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

- se l'epatite è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;
- se l'epatite è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri di seguito elencati:

Valutazione del grado di Invalidità Permanente

Il grado di Invalidità viene valutato – non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia – secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n° 1124. La valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dal la professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporri visi, la valutazione

del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

Tabella di liquidazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente è inferiore al 25% della totale;
- 2) I casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 e oltre	100
64	67		

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli Eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata sia stato pagato, la Società liquida agli Eredi il relativo importo.