



POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI (FORMA OMNIA)

SOCIETA' PER AZIONI DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel ramo danni con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 4/3/1982 (Gazzetta Ufficiale 19/3/1982 n. 76)

Capitale Sociale L. 5.000.000.000 interamente versato

SEDE SOCIALE ----- GENOVA PIAZZA DELLA VITTORIA

5) FRANCHIGIA PER IL CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE

La garanzia per invalidità permanente è prestata come segue:

- quando il grado di invalidità permanente è inferiore o pari al 20 %, franchigia fissa del 5% : quindi per invalidità permanente superiore a quest'ultima percentuale verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente **residuata**.

- quando il invalidità permanente è superiore al 20 % ma inferiore al 40 %, franchigia fissa del 2,5 %; quindi per invalidità permanente superiore a quest'ultima percentuale verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente **residuata**.

- quando il invalidità permanente è superiore al 40 %, l'indennità verrà corrisposta senza alcuna franchigia.

6) Il tasso viene determinato in Lit. 100 (di cui imposte 2.5 %) per milione di incasso dichiarato col minimo di Lit. 200.000.000.=

7) Al termine dell'anno assicurativo le somme assicurate ed il premio verranno ristabiliti sulla base degli incassi dichiarati per il rinnovo della polizza R.C.D. n. 11320

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

U A P ITALIANA S.p.A.
Agenzia Diretta di Torino

Edizione 9/1987



CONDIZIONI DI POLIZZA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per Assicurazione, il contratto di assicurazione
- per Polizza: il documento che prova l'assicurazione
- per Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione a favore proprio o di terzi
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- per Società: l'impresa assicuratrice
- per Premio: la Somma dovuta dal Contraente alla Società
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro
- per Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione
- per Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni del Contraente – Forma delle comunicazioni – La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto, devono essere fatte con lettera raccomandata all'Agenzia che ha in carico la polizza o alla Direzione della Società.

Art. 2 – Recesso in caso di altre assicurazioni stipulate in corso di contratto – Prima di stipulare altre assicurazioni infortuni della stessa natura di quelle che tornano oggetto della presente polizza, il Contraente deve darne comunicazione scritta alla Società sotto pena di decadenza. Questa, entro quindici giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto, dandone avviso al Contraente.

Art. 3 – Pagamento del premio – Se il Contraente non paga il premio alle scadenze convenute, si applicano le norme dell'art. 1901 C.C.

Il premio di 15 giorni di mora previsto dal predetto art. 1901 C.C., si intende operante anche nel caso di pagamento frazionato del premio.

Art. 4 – Variazioni e aggravamento di rischio – Limitatamente ai rischi professionali, qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di attività diverse da quelle dichiarate, si applicherà il disposto dell'art. 1898 C.C.

Art. 5 – Recesso dal contratto ed anticipata risoluzione – Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto delle

prestazioni, la Società ha facoltà di far cessare l'assicurazione nei confronti delle persone cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere mediante lettera raccomandata con preavviso di trenta giorni, sia dal presente contratto, sia dagli altri contratti stipulati con il medesimo Contraente, rimborsando la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Negli altri casi di recesso o di anticipata risoluzione del contratto è comunque dovuto per intero alla Società il premio relativo all'annualità in corso.

Art. 6 – Proroga del contratto – In mancanza di disdetta da una delle due Parti con lettera raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata eguale a quella originaria esclusa la frazione d'anno, ma non superiore a due anni e così successivamente.

Art. 7 – Oneri fiscali – Gli oneri di qualsiasi natura stabiliti per legge sono a carico del Contraente, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 8 – Competenza territoriale – Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'art.22 è competente esclusivamente, a scelte della parte attrice, l'Autorità giudiziaria del luogo dove ha sede la Società ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Le parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

Art. 9 – Riferimento alle leggi – Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 10 – Definizione di infortunio – Oggetto dell'Assicurazione – L'assicurazione vale, nei limiti e fatte salve le esclusioni di cui al presente contratto, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali, accessorie e complementari dichiarate – salvo quanto previsto dal precedente art. 4 – e nello svolgimento di qualsiasi altra normale attività connessa alle evenienze della privata e sociale.

Sono considerati infortuni gli eventi provocati dall'azione improvvisa di una forza esterna, purché l'Assicurato vi sia incorso involontariamente e producano lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Salvo che non siano imputabili esclusivamente a fatti traumatici, non sono mai considerati infortuni gli infarti e le altre manifestazioni tromboemboliche.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni determinati da

- a) movimenti tellurici
- b) insurrezioni e tumulti popolari, atti di terrorismo
- c) colpa grave dell'Assicurato

Sono inoltre considerati infortuni:

- d) l'annegamento
- e) l'assideramento e/o il congelamento

Art. 11 – Esclusioni – Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dalla guida ed uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei salvo quanto previsto dal successivo art. 12;

b) dalla pratica dei seguenti sports: pugilato, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA senza accompagnamento di esperto che abbia effettuato più scalate di pari difficoltà, salti di trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia svolta isolatamente sports aerei in genere;

c) da corse o gare, con relative prove ed allenamenti, cui l'Assicurato partecipi a titolo non puramente ricreativo o che comportino l'impiego di animali, di veicoli di qualsiasi genere, o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità puro o a carattere prevalentemente escursionistico;

d) da guerra;

e) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchina-----

Art. 12 – Rischio volo – L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri ;
- da aereoclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni <<individuali o cumulative>>, non potrà superare i capitali di:

a) per persona;

L. 1.000.000.000 per il caso di Morte

L. 1.000.000.000 per il caso di Invalidità Permanente Totale

L. 200.000 per il caso di Inabilità Temporanea Assoluta

b) e complessivamente per aeromobile;

L. 5.000.000.000 per il caso di Morte

L. 5.000.000.000 per il caso di Invalidità Permanente Totale

L. 400.000 per il caso di Inabilità Temporanea Assoluta

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni <<cumulative>> stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso

Art. 13 – Servizio militare – Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea, senza che peraltro l'Assicurato abbia diritto a riduzioni di premio.

Art. 14– Estensione territoriale – L'assicurazione per i casi di morte e invalidità permanente, vale per tutto il mondo. Per il caso di inabilità temporanea, l'indennità giornaliera viene comunque corrisposta per i periodi di ricovero ospedaliero ovunque trascorsi, e negli altri casi, soltanto dal giorno del rientro in un paese europeo.

Art. 15 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi – Successivamente alla presentazione della regolare denuncia, il Contraente è tenuto ad informare la Società sul decorso dell'infortunio mediante l'invio di certificati medici che dovranno essere trasmessi alla Società stessa non oltre la scadenza prevista dal certificato precedente. In difetto la Società considererà quale durata dell'inabilità, quella risultante dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che si possa stabilire una durata inferiore

Art. 16 – Minorazioni preesistenti – Non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche.

Art. 17 – Morte – La Società liquiderà l'indennità garantita per la morte – sempre che si abbia la prova che trattasi di infortunio indennizzabile – anche nel caso in cui il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso.

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 C.C.

Art. 18 – Invalidità permanente - Criteri di liquidazione –

sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattie professionali) approvata con il D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con esclusione dell'applicazione di qualsiasi franchigia salvo quelle previste dal presente contratto.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazioni, le percentuali sopra menzionate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica e funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100 %.

L'invalidità permanente almeno pari all'80% viene considerata totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nella succitata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di mancinismo, resta convenuto che all'arto superiore sinistro vengono attribuite le percentuali previste per l'arto destro e viceversa.

Le indennità dovute per invalidità permanente, sono soggette alle franchigie assolute indicate nel prospetto relativo alle prestazioni. Pertanto, sarà liquidata solo la parte di invalidità permanente eccedente le percentuali della invalidità totale riportate nel predetto prospetto. Nel caso che le percentuali di invalidità permanente da detrarre quali franchigie siano riferite a diversi scaglioni di capitali, ciascuna verrà applicata sulla parte di capitale al quale si riferisce come se gli scaglioni stessi fossero oggetto di assicurazioni separate.

Art. 19 – Inabilità temporanea – Nel caso che l'infortunio provochi un'inabilità dell'Assicurato ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate, la diaria assicurata viene corrisposta un massimo di 365 giorni ed è ridotta al 50 % quando l'inabilità causata dall'infortunio è parziale.

L'eventuale franchigia assoluta non verrà detratta qualora l'infortunio renda indispensabile il ricovero in istituto di cura per un periodo non inferiore a tre giorni interi e consecutivi o comporti l'applicazione di apparecchio gessato.

Art. 20 – Rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio – La Società sino a concorrenza del massimale indicato in polizza rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e da lui sostenute per le prestazioni sotto specificate:

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettua – sino a concorrenza del predetto massimale – il rimborso nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute

Il rimborso riguarda:

a) le spese per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);

b) le spese per gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;

c) le spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

d) le spese per rette di degenza

e) le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura o -----

- L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere c) ed e) non potrà superare il 10 % del massimale assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai suoi eredi su presentazione, in originale, delle notule distinte e ricevute, debitamente quietanziate. Qualora l'Assicurato o il Contraente debbano presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, a parziale deroga del primo comma, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione di copia della certificazione nonché del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti al cambio medio ufficiale della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 21 – Liquidazione – Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti.

Tenuto conto delle circostanze dell'infortunio nonché della gravità dello stesso, a richiesta del Contraente, la Società potrà anche concedere degli anticipi sulla liquidazione definitiva.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ed in conseguenza esclusiva e diretta dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità 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'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Qualsiasi liquidazione verrà sempre effettuata in Italia ed in valuta italiana.

Qualora il Contraente, suoi congiunti o dipendenti, siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il Contraente ha il diritto d'imputare, nel risarcimento spettante all'Assicurato o suoi aventi diritto, l'indennità dovuta dalla Società.

Art. 22 – Clausola arbitrale – In caso di disaccordo sulla causa o natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene

deferita ad un Collegio di arbitratori composto da tre medici, due dei quali nominati dalle Parti, uno per ciascuna, ed il terzo d'accordo tra i primi -----, o in difetto, dal Presidente del Tribunale dove, in tal caso ----- il Collegio.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Gli arbitratori tenendo presente le condizioni di polizza, **decidono(?)** come amichevoli compositori. La pronuncia del Collegio è obbligatoria per le parti anche se uno degli arbitratori si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio arbitratore, quella del terzo fa carico per metà all'Assicurato che conferisca alla Società la facoltà di liquidare detta spesa e di prelevare la sua quota dall'indennizzo.

Art. 23 – Rinuncia al diritto di surroga – La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che possa competerle per l'art. 1916 C.C.

Art. 24– Adeguamento garanzia – Le somme assicurate ed il relativo premio sono collegati agli indici dei <<prezzi al consumo>>, pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento, iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di settembre dell'anno precedente;

b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate e il corrispondente premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;

c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

In caso di eventuale ritardo od interruzione della pubblicazione degli indici, la Società proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il Contraente non accetti l'adeguamento, la Società – a sua scelta – ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo aggiornamento effettuato, oppure di recedere dallo stesso con preavviso di 30 giorni e con il rimborso del rateo di premio pagato e non consumato.

Sono soggetti ad adeguamento anche le franchigie e gli altri limiti di garanzia espressi in valore.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate e ferme le altre condizioni operanti di polizza per la parte non espressamente derogata)

RIDUTTIVE

A – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali – La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni occorsi nello svolgimento di ogni attività non connessa alle occupazioni di carattere professionale, alle quali si dedichi l'Assicurato sia in modo continuativo che saltuario per conto di terzi od anche in proprio.

B – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali – La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni occorsi nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata.

C – Limitazione dei rischi di guida – Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla guida di autocarri, motocarri, nonché motocicli di cilindrata oltre i 150 cc.

D – Limitazione delle attività sportive – Sono esclusi i seguenti sports: alpinismo di qualsiasi grado e sci alpinistico, guidoslitta, hockey, polo, caccia a cavallo, atletica pesante, immersioni in apnea, speleologia, gare di calcio e di rugby con relative prove ed allenamenti, il cui regolamento consenta lo scontro fisico tra i partecipanti.

E – Limitazione ai rischi di circolazione - Persona identificata – La garanzia -----

dall'Assicurato in qualità di pedone e di trasportato su veicoli non aerei, nonché durante le operazioni rese necessarie – in caso di fermata – per la ripresa della marcia.

La garanzia è inoltre operante per la guida non professionale esclusi sempre gli aerei – di veicoli ad uso privato.

F – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni del guidatore - Veicolo identificato – La garanzia si intende limitata agli infortuni che avvengono durante la guida del veicolo identificato in polizza e le operazioni rese necessarie – in caso di fermata – per le riprese della marcia.

G – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni dei trasportati - Veicolo identificato – L'assicurazione è limitata agli infortuni occorsi alle persone trasportate sul veicolo identificato in polizza, sia durante la marcia che durante le operazioni rese necessarie – in caso di fermata – per le riprese della marcia stessa.

Se il numero dei trasportati per i quali l'assicurazione è valida è superiore a quello regolamentare, le somme assicurate per ciascuna persona verranno ridotte in proporzione al maggior numero. Inoltre, per i trasportati fino a 5 anni e tra i 5 ed i 14 anni, gli indennizzi verranno ridotti rispettivamente ad un quarto ed alla metà.

H – Limitazione dell'indennità giornaliera al solo caso di ricovero in istituto di cura – La Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza solo per ciascun giorno di ricovero in istituto di cura -----

I – Limitazione dell'indennità giornaliera al solo caso di ricovero in istituto di cura ed alle relative convalescenze

– La Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza solo per ciascun giorno di ricovero e per ciascun giorno di convalescenza domiciliare immediatamente successivo alla dimissione dall'istituto di cura.

L'indennità giornaliera per convalescenza viene corrisposta fino ad un massimo di giorni pari a quelli del ricovero e deve essere prescritta dai sanitari che hanno curato l'Assicurato. Tuttavia, qualora la degenza in istituto di cura comporti l'applicazione di apparecchio gessato, è in facoltà dell'Assicurato di richiedere che, limitatamente al primo ricovero per lo stesso evento, venga considerato periodo di convalescenza quello della gessatura con un massimo di 30 giorni. Le due indennità vengono corrisposte, complessivamente, sino ad un massimo di 365 giorni per persona e per anno assicurativo.

L – Limitazione della tabella per l'invalidità permanente

Criteri di liquidazione

– L'art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende sostituito dal seguente:

<< L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

	destro	sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale		
di un arto superiore.....	70 %	60 %
idem idem di una mano o di un avambraccio.....	60 %	50 %
idem idem di un pollice.....	18 %	16 %
idem idem di un indice.....	14 %	12 %
idem idem di un medio.....	8 %	6 %
idem idem di un anulare.....	8 %	6 %
idem idem di un mignolo.....	12 %	10 %
idem idem di una falange del pollice.....	9 %	8 %
idem idem di una falange di altro dito della mano.....	1/3 %	del dito
idem idem di un piede.....	40 %	
idem idem di ambedue i piedi.....	100 %	
idem idem di un alluce.....	5 %	
idem idem di un altro dito del piede.....	3 %	
idem idem di una falange dell'alluce.....	2,5 %	
idem idem di una falange di altro dito del piede.....	1 %	
idem idem di un arto inferiore al di sopra del ginocchio.....	60 %	
idem idem di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio.....	50 %	
idem idem della facoltà visiva di un occhio.....	25 %	
idem idem della facoltà visiva di ambedue gli occhi.....	100 %	
idem idem di un rene.....	20 %	
idem idem della milza.....	10 %	
Per la sordità completa di un orecchio.....	10 %	
Per la sordità completa di ambedue gli orecchi.....	40 %	
Per la perdita totale della voce.....	30 %	
Per la stenosi nasale bilaterale.....	15 %	
Per esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre cervicali.....	10 %	
idem idem di un vertebre dorsali.....	7 %	
idem idem della 12° dorsale.....	12 %	
idem idem delle cinque lombari.....	12 %	
Per esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente.....	10 %	
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.		
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.		
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100 %.		

ESTENSIVE

M – Invalidità permanente speciale(1°forma). - La tabella

Condizioni Generali di Assicurazione, si intende sostituita, per le voci sotto indicate, dalla seguente:

	destro	sinistro
Per la perdita totale anatomica e funzionale		
di un arto superiore.....	100 %	
idem idem della mano a dell'avambraccio.....	100 %	
idem idem di un arto inferiore al di sopra del ginocchio.....	60 %	
idem idem di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio.....	50 %	
idem idem di un piede.....	40 %	
idem idem del pollice.....	60 %	50 %
idem idem dell'indice.....	60 %	50 %
idem idem del mignolo.....	15 %	10 %
idem idem del medio.....	30 %	25 %
idem idem dell'anulare.....	15 %	10 %
idem idem di un alluce.....	5 %	
idem idem di un altro dito del piede.....	3 %	
Per la sordità completa di un orecchio.....	20 %	
Per la sordità completa di ambedue gli orecchi.....	75 %	
Per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio.....	25 %	
Per la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi.....	100 %	
Resta confermato che nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino al massimo del 100 %, fatta eccezione per la perdita contemporanea e totale del pollice e dell'indice oppure dell'indice e del medio di una mano per le quali verrà calcolata una percentuale sino al massimo dell'80 %.		

N – Invalidità permanente speciale (2° forma) - L'indennità viene liquidata in accumulazione e precisamente:

- fino al 25 % di invalidità permanente l'indennità viene liquidata sulla somma assicurata;
- per la quota parte della percentuale di invalidità permanente l'indennità eccedente il 25 % e fino al 50 %, l'indennità viene liquidata su una somma pari al doppio di quella assicurata per invalidità permanente;
- per la quota parte di invalidità permanente eccedente il 50 % l'indennità viene liquidata su una somma pari al triplo di quella assicurata per invalidità permanente.

O – Riduzione delle franchigie relative all'invalidità permanente – Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20 % della totale la Società liquida l'indennità riducendo alla metà le franchigie indicate nel prospetto relativo alle prestazioni; nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 30 % della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia

P – Diaria integrale – Resta inteso che i casi di inabilità temporanea verranno risarciti sempre e solo in base al criterio integrale, sia che l'Assicurato si trovi nella totale incapacità sia che si trovi nella parziale incapacità ad attendere alle sue occupazioni.

Q – Estensione della garanzia ai rischi sportivi – La garanzia s'intende estesa alla pratica di pugilato, lotta nelle sue varie forme, immersioni con autorespiratore, speleologia svolta isolatamente. Inoltre, la garanzia s'intende estesa alla partecipazione a corse o gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, fatta sempre eccezione per le corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche e relative prove ed allenamenti.

R – Estensione della garanzia alle ernie ad alle lesioni muscolari da sforzo. – L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea

– qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10 % della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;

– qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

S – Estensione al rischio guerra – La garanzia assicurativa prestata all'estero s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, 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.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa (guerra) che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

S1 – Estensione al rischio guerra non operante per l'inabilità temporanea – La garanzia assicurativa prestata all'estero s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, 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.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa (guerra) che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

La presente estensione è valida per tutte le prestazioni assicurate ad eccezione della inabilità temporanea.

T – Indennità giornaliera in caso di ricovero – Se in conseguenza di infortunio l'Assicurato viene ricoverato istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di L. 100.000 e per un periodo massimo di 365 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio.

U – Raddoppio del capitale Morte – Qualora in conseguenza del medesimo evento la Società sia tenuta alla liquidazione di un capitale morte per entrambi i genitori, verrà raddoppiata la parte di beneficio spettante ai figli minori. In ogni caso ed indipendentemente dai capitali assicurati, anche se con più contratti, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare L. 200.000.000 per ciascun Assicurato.

V – Estensione ai danni estetici – In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti invalidità permanente, la Società rimborserà le spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare

Il danno estetico sino ad un importo pari al 2 % della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale con il minimo di L. 1.000.000 ed il massimo di L. 5.000.000.

W – Responsabilità civile del Contraente - La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese) agli Assicurati o agli aventi diritto ai sensi di polizza, quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati e indennizzabili ai sensi della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunio fino a concorrenza di un ulteriore importo pari a quello che sarebbe dovuto secondo le condizioni di polizza a titolo di indennità per l'assicurazione infortuni, nel caso di un evento che colpisca più persone, l'importo complessivo a carico della Società non potrà superare il limite massimo di L. 300.000.000.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggior pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente. In tal caso l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo delle presenti condizioni.

L'assicurazione non è prestata quando gli infortunati siano amministratori di una Società a garanzia limitata, soci di una Società a garanzia illimitata che siano Contraenti della polizza, ovvero parenti od affini del Contraente dell'Amministratore o del Socio anzidetto, stabilmente con loro conviventi.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendone in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari dell'inizio di ogni causa civile o penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungere altri a proprie spese.

ARTICOLI ESPRESSAMENTE RICHIAMATI AI SENSI DEL CODICE CIVILE

Art. 1 (Dichiarazioni del Contraente – Forma delle comunicazioni) **Art. 2** (Recesso in caso di altre assicurazioni stipulate in corso di contratto) **Art. 4** (Variazioni ed aggravamento del rischio) **Art. 5** (Recesso dal contratto con anticipata risoluzione) **Art. 6** (Proroga-----)

CONDIZIONI AGGIUNTIVE DI ASSISTENZA A FAVORE DEL CONTRAENTE

Le seguenti prestazioni sono garantite dalla Società ed effettuate, tramite apposita convenzione, dalla UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. al Contraente salvo indicazione di diverso Assicurato nella Tessera di assistenza

I – Servizio assistenza alla persona.

Le prestazioni sono operanti per tutti gli eventi indennizzabili a termini di polizza indipendentemente dalle garanzie prescelte e sempre che si siano verificati oltre il raggio di 50 chilometri dal domicilio in Italia dell'Assistito.

Oltre gli eventi non indennizzabili a termini della presente polizza valgono le seguenti esclusioni:

- spese di trasporto e rientro relativo ad infermità che a giudizio dei medici possono essere curati sul posto;
- tutte le spese non autorizzate preventivamente dalla Centrale Operativa dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A.
- le prestazioni per le quali l'Assistito non presente una adeguata documentazione sugli eventi che hanno dato luogo alla prestazione stessa, nonché sui relativi effettivi esborsi in denaro.

Qualora, per cause di forza maggiore l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. non potesse intervenire "direttamente", l'assistenza verrà fornita sotto forma di rimborso.

II – Rientro sanitario a seguito di infortunio.

Qualora fosse accertato che le condizioni dell'Assistito a seguito dell'infortunio rendano necessario il suo trasporto presso un ospedale italiani (qualora l'Assistito si trovi all'estero) o presso il proprio domicilio (sia che l'Assistito si trovi all'estero o in Italia), verrà organizzato il rientro a cura e spese dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A.

Lo stato di tale necessità sarà concordato tra il medico curante dell'Assistito sul posto ed il Servizio Medico Centrale dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A.

Il trasporto sarà effettuato con il mezzo (incluso l'aereo sanitario appositamente attrezzato) che i medici riterranno più idoneo secondo lo stato di salute del paziente.

Nell'assistenza è incluso, se necessario anche l'accompagnamento di un medico o infermiere durante il viaggio.

Si precisa che il trasporto da paesi extraeuropei sarà effettuato esclusivamente con aerei di linea.

III – Rimborso spese di viaggio di un familiare.

Qualora l'infortunio abbia determinato il ricovero dell'Assistito in casa di cura e ne renda impossibile il rientro presso il proprio domicilio prima di 10 giorni, l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. organizzerà o rimborserà ad un familia-

re e residente in Italia il viaggio di andata e ritorno, escluse le spese di soggiorno, al fine di accudire l'Assistito stesso.

IV – Biglietto di viaggio per accompagnatore di minori all'estero.

Qualora l'Assistito a seguito dell'infortunio sia ricoverato per un periodo superiore a 10 giorni e si trovi all'estero congiuntamente ad un figlio minore di anni 15 e che non fosse in grado di assistere l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. organizzerà o rimborserà ad un parente residente in Italia il viaggio di andata e ritorno affinché quest'ultimo possa prendersi cura del minore.

V – Trasporto della salma.

Qualora l'infortunio determini il decesso all'estero dell'Assistito, l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. concorrerà alle spese per il rimborso della salma fino al limite massimo di L. 5.000.000.

VI – Invio medicinali urgenti irreperibili all'estero.

Qualora il medico curante dell'Assistito ritenga indispensabile la somministrazione di taluni farmaci di fabbricazione italiana ma irreperibili nel Paese ove si trova momentaneamente l'Assistito, l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A., su richiesta specifica e tenuto conto delle norme sanitarie vigenti in Italia e nel Paese ove si trova il paziente, provvederà al recapito di detti medicinali con il mezzo più celere ed idoneo.

Tutte le spese di ricerca, acquisto, spedizione, diritti doganali, saranno a carico dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A., la quale resterà comunque manlevata da ogni responsabilità dovuta a ritardi conseguenti alla momentanea irreperibilità del medicinale o alla sua assoluta irreperibilità.

VII – Rimborso spese supplementari a seguito di soggiorno all'estero per cause di forza maggiore.

Qualora su prescrizione medica, a seguito di infortunio, l'Assistito non sia in grado di iniziare il viaggio di ritorno al proprio domicilio alla data stabilita, l'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. provvederà al pagamento diretto o rimborserà le spese di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo giornaliero di L.50.000 per un periodo non superiore a 5 giorni.

NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA ALLA PERSONA

In caso di necessità di assistenza, contattare direttamente tramite telefono la Centrale Operativa dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A. allo 06/4756541 fornendo le seguenti notizie:

- nome e cognome
- indirizzo
- n.polizza/tessera
- recapito telefonico
- tipo di intervento richiesto.

Nel caso risulti impossibile la comunicazione telefonica, inviare:

- telegramma a UNIASS ROMA
- telex al n. 613011 ROMUAP I

fornendo le notizie sopra indicate

Per chiamate in teleselezione da taluni paesi europei comporre i seguenti numeri

Austria	040 6 4756541
Belgio	0039 6 4756541
Cipro	0039 6 4756541
Danimarca	00939 6 4756541
Francia	1939 6 4756541
Germania Rep. Fed.	0039 6 4756541

Gran Bretagna	01039 6 4756541
Grecia	0039 6 4756541
Jugoslavia (solo da -----)	9939 6 4756541
Lussemburgo	0039 6 4756541
Norvegia	09539 6 4756541
Olanda	0939 6 4756541
Polonia (solo da Varsavia)	8039 6 4756541
Spagna	0739 6 4756541
Svezia	00939 6 4756541
Svizzera	0039 6 4756541
Ungheria (solo da Budapest)	0039 6 4756541

Tenere presente che ogni esborso, qualora non si potesse intervenire direttamente, dovrà essere autorizzata preventivamente dalla Centrale Operativa dell'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A.

In caso di esborsi autorizzati, conversare tutta la documentazione originale ed inviarla quanto prima all'UNITALIA ASSISTENZA S.p.A.-----



PREMESSA ALLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

A) Disciplina del contratto.

1. Il contratto è disciplinato dalle:

- CONDIZIONI GENERALI di assicurazione sulla vita;
- CONDIZIONI SPECIALI, relative alla forma prescelta di assicurazione sulla vita;
- CONDIZIONI PARTICOLARI, nei casi di particolari esigenze e richieste dell'interessato;
- CONDIZIONI COMPLEMENTARI, relative alle assicurazioni complementari abbinate all'assicurazione sulla vita..

Il contratto è inoltre disciplinato dalle norme legislative in materia.

2. Le condizioni e le tariffe dell'assicurazione sulla vita sono approvate dal Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato.

B) Si definisce:

1. SOCIETÀ: l'Impresa assicuratrice.
2. CONTRAENTE: chi stipula il contratto con la Società..
3. ASSICURATO: la persona sulla cui vita è stipulato il contratto.
4. BENEFICIARI: coloro ai quali spettano le somme assicurate.
5. PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente alla Società.
6. RISERVA MATEMATICA: l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1. Obblighi della Società: Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dalle appendici da essa firmate.

Art.2. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (incontestabilità). Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art.3 Entrata in vigore dell'assicurazione. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio alle ore 24 del giorno in cui

- la polizza sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato;

oppure:

- la Società abbia rilasciato al Contraente la polizza o gli abbia altrimenti inviato per iscritto comunicazione del proprio assenso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno previsto.

Art.4 Rischio di morte. Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, paga il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

Art.5 Pagamento del premio. Il premio è calcolato in annualità anticipate. Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite contro ricevuta emessa dalla Società, presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnata la polizza. Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Art.6. Mancato pagamento del premio: risoluzione e riduzione. Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti alla Società. Tuttavia, se risultano versate almeno tre annualità di premio, il contratto rimane in vigore per il valore di riduzione, determinabile secondo i criteri di calcolo riportati nelle Condizioni Speciali.

Le assicurazioni temporanee in caso di morte non hanno alcun valore di riduzione; salvo che non sia diversamente previsto dalle Condizioni Speciali.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art.7. Ripresa del pagamento del premio: riattivazione. Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la attivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non può più essere riattivata.

Art.8 .Beneficiari. Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione .

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione di beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, prestito, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

Art.9.Riscatto. Il Contraente, dopo aver pagato almeno tre annualità di premio può, mediante dichiarazione scritta, risolvere anticipatamente il contratto e chiedere il versamento del relativo valore di riscatto, determinabile secondo i criteri di calcolo riportati nelle Condizioni Speciali. La risoluzione ha effetto dalla data della dichiarazione. Le assicurazioni temporanee in caso di morte, in caso di vita ed il caso di sopravvivenza, non hanno valore di riscatto quando non prevedano la restituzione dei premi.

Art.10. Prestiti Il Contraente in regola con il pagamento dei premi, può ottenere prestiti dalla Società, nei limiti del valore di riscatto maturato. La Società indica nell'atto di concessione, condizioni e tasso di interesse.

Art.11.Cessione, pegno e vincolo. Il Contraente può cedere ad altri il contratto così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando la Società ne faccia annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art.12. Pagamenti della Società. Per tutti i pagamenti della Società, debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. E' comunque necessario il certificato di nascita dell'Assicurato che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto o che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata della Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato debbono inoltre consegnarsi:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

Verificatasi la scadenza o la risoluzione del contratto, la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

Art.13 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al presente contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto

Art.14 Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria di Torino.



Allsecures-Preservatrice

Società di Assicurazioni

POLIZZA COMPLEMENTARE

RAPINA

Polizza n. L11/53/507099

Agenzia GERENZA DI ROMA

Contraente:

GRUPPO AZIENDALE AGENTI DELLA
TORO ASSICURAZIONI S.p.A.

Domiciliato in:

10122 TORINO – Via Don Minzioni 2

Periodo di assicurazione:

dalle ore 0 del 01/01/87
alle ore 0 del 01/01/88

Premio netto

L. 155.400

Accessori

L. 15.540

Premio imponibile

L. 170.940

Imposte

L. 29.060

Totale

L. 200.000

Emessa in Roma – in n. 3 esemplari il 28/02/87

CONTRAENTE

TORO ASSICURAZIONI S.p.A.
GRUPPO AZIENDALE AGENTI

SOCIETA' ASSICURATRICE

Allsecures-Preservatrice S.p.A.
GERENZA DI ROMA

PREMESSA

La presente polizza è complementare alla polizza infedeltà n. L11/53/507098 stipulata dalla Toro Assicurazioni con la Allsecures-Preservatrice e pertanto l'adesione alla presente polizza potrà avvenire solo da parte delle gestioni agenziali che hanno aderito alla polizza infedeltà.

DEFINIZIONI

Qualora nel testo di polizza siano riportate le seguenti denominazioni ad esse le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

1. Contraente

Per Contraente s'intende il Gruppo Aziendale Agenti della Toro Assicurazioni che stipula per conto degli Agenti indicati nella seguente polizza.

2. Assicurati

Per Assicurati s'intendono: la Società mandante, gli Agenti Generali e di Città, i loro Collaboratori nonché i terzi che si trovino nei locali dell'Agenzia al momento della rapina.

3. Collaboratori degli Agenti

Per collaboratori degli Agenti si intendono i dipendenti, i Sub-Agenti e gli altri Collaboratori di cui l'Agente deve rispondere.

4. Beni assicurati

Per Beni assicurati si intendono: denaro, carte valori e titoli di credito in genere, preziosi, effetti personali, attrezzature ed arredamenti d'ufficio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1) Delimitazione del rischio

La ALLSECURES-PRESERVATRICE (in seguito denominata la Società), alle condizioni tutte della presente polizza ed in corrispettivo dei premi convenuti, si obbliga a risarcire gli Assicurati dei danni materiali e diretti a Loro derivati da RAPINA (sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia) dei beni assicurati, anche di proprietà di terzi, avvenuta nei locali delle Agenzie indicate in polizza, quand'anche le persone sulle quali viene fatta violenza o minaccia vengano prelevate dall'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi.

La presente assicurazione è prestata a Primo Rischio Assoluto e cioè senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.

2) Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- a) agevolati dall'Assicurato con dolo o colpa grave, nonché i danni commessi od agevolati con dolo o colpa grave:
- da persone che abitano con l'Assicurato od occupano i locali contenenti le cose assicurate o locali con questi comunicanti;
 - da dipendenti delle persone di cui sopra o dell'Assicurato;
 - da incaricati della sorveglianza delle cose stesse o dei locali che le contengono;
 - da persone legate all'Assicurato da vincoli di parentela o affinità che rientrino nella previsione dell'art. 649 del Codice Penale (n. 1, 2, 3) anche se non coabitanti;

b) cagionati o avvenuti in occasione di guerra, invasione, ostilità ed operazioni belliche (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, esercizio di potere usurpato, legge marziale, atto di autorità legittimamente costituita, eruzioni vulcaniche, terremoto, trombe ed uragani, inondazioni, a meno che l'Assicurato provi che il sinistro non ha alcun rapporto con tali eventi;

c) che siano direttamente od indirettamente conseguenza di reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazioni radioattive, comunque tali effetti possano essere causati.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione i lucri mancati, gli interessi e qualunque altro danno indiretto.

3) Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Società entro 3 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, nonché farne denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo.

L'Assicurato ha l'obbligo di redigere e rimettere alla Società nel più breve tempo possibile, un rapporto particolareggiato sui fatti e di mettere a disposizione della Società tutti i documenti atti a dimostrare la realtà ed il dettaglio dei danni, lasciando facoltà alla Società stessa ad ai suoi periti di provvedere a tutte le indagini ritenute necessarie.

Per i titoli di credito compete l'obbligo all'Assicurato di denunciarne la perdita, nel più breve tempo possibile, agli emittenti dei titoli, facendo opposizione al pagamento; l'Assicurato deve inoltre provvedere, ove ne ricorra il caso e salvo il diritto alla rifusione delle spese, alle formalità richieste dalla legge per la procedura di ammortamento.

L'Assicurato farà quanto possibile per ridurre i danni e sarà tenuto a seguire le istruzioni della Società per le iniziative da assumere, anche in sede penale: in particolare dovrà, a richiesta della Società, costituirsi parte civile nei vari gradi di giudizio.

4) Valutazione delle perdite

La valutazione delle perdite è effettuata mediante accordo fra le Parti, direttamente fra esse, ovvero, quando una di queste lo richieda, mediante Periti nominati rispettivamente dalla Società e dall'Assicurato con apposito atto.

Per il caso in cui i Periti non potessero mettersi d'accordo, ne eleggeranno un terzo e le decisioni saranno prese a maggioranza di voti.

Il terzo Perito, su richiesta anche di uno solo dei Periti, dovrà essere nominato anche prima che si verifichi il disaccordo.

Se una delle Parti non abbia provveduto alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordassero sulla nomina del terzo, la scelta sarà fatta, su domanda della Parte più diligente, dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

A richiesta di una delle Parti, il terzo Perito dovrà essere scelto fuori della provincia dove è avvenuto il sinistro.

In ogni caso i Periti dovranno riferire sulle circostanze del sinistro e sulla corrispondenza effettiva del rischio con le indicazioni e le dichiarazioni risultanti dalla polizza.

I risultati della stima del danno concretati dai Periti concordi, ovvero dalla maggioranza nel caso di perizia collegiale, saranno obbligatori fra le Parti, rinunciando queste fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo o di evidente violazione dei patti contrattuali e salvo la rettifica degli errori materiali di conteggio.

Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito; quella del terzo fa carico per metà all'Assicurato, che conferisce alla Società la facoltà di liquidare detta spesa e di prelevare la sua quota dall'indennizzo spettantegli.

5) Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se sulle medesime cose e per gli stessi rischi coesistono più assicurazioni, l'Assicurato è tenuto a chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità da esso dovuta secondo il rispettivo contratto indipendentemente considerato.

Qualora la somma di tali indennità superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagarne solo la parte risultante dalla ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute da tutte le Coassicuratrici, esclusa comunque ogni responsabilità solidale con gli altri Assicuratori.

6) Pagamento del risarcimento

Il pagamento del risarcimento è eseguito in contanti dalla Società all'Assicurato presso la propria Sede, ovvero presso la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro quindici giorni dalla data dell'atto di liquidazione amichevole o del verbale definitivo di perizia, sempre che sia trascorso il termine di trenta giorni da quello del sinistro senza che sia stata fatta opposizione.

07) Ricuperi

Il valore dei ricuperi realizzati dopo effettuato il pagamento del risarcimento spetterà all'Assicurato fino a concorrenza della parte di perdita che fosse eventualmente rimasta scoperta di assicurazione: il resto spetterà alla Società.

08) Tacita proroga

In mancanza di disdetta, data da una delle due parti mediante lettera raccomandata almeno sei mesi prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di un anno, ma non superiore a due anni, e così successivamente.

9) Inopponibilità alla Società degli atti di rilevazione del danno e successivi

Le pratiche iniziate dalla Società per la rilevazione del danno, l'effettuata liquidazione ed il pagamento del risarcimento non pregiudicano le ragioni della Società stessa per comminatorie, decadenze, riserve ed altri diritti, la cui applicabilità venisse in qualunque tempo riscontrata.

10) Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

11) Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente esclusivamente, a scelta della Parte attrice, l'Autorità Giudiziaria del luogo dove ha sede la Direzione della Società, ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

CONDIZIONI PARTICOLARI

1) Le somme assicurate sono:

- Lit. 13.000.000.= per le Agenzie con portafoglio oltre Lit. 1.500 milioni al 31/12 dell'esercizio anteriore all'anno assicurativo per cui viene pagato il premio;

- Lit. 10.000.000.= per le Agenzie con portafoglio compreso tra Lit. 800 milioni e Lit. 1500 milioni al 31/12 dell'esercizio anteriore all'anno assicurativo per cui viene pagato il premio;

- Lit. 7.000.000.= per le Agenzie con portafoglio compreso tra Lit. 300 milioni e Lit. 800 milioni al 31/12 dell'esercizio anteriore all'anno assicurativo per cui viene pagato il premio;

- Lit. 4.000.000.= per le Agenzie con portafoglio inferiore a Lit. 300 milioni al 31/12 dell'esercizio anteriore all'anno assicurativo per cui viene pagato il premio,

come dall'elenco allegato alla presente polizza.

2) Le somme assicurate, per i beni di proprietà di terzi, sono stabilite nella misura del 50 % di quelle previste al punto 1), con il limite di risarcimento di L. 2.000.000.= per ciascuna persona.

3) Limiti di risarcimento per anno assicurativo

Resta convenuto che, in nessun caso, la Società sarà tenuta a risarcire, per ciascun anno assicurativo, importo complessivo superiore a Lit. 80.000.000.=

4) Premio per singola agenzia

a – Per ciascuna gestione agenziale indicata in allegato viene convenuto il premio di Lit. 6.000.= per milione assicurato, comprensivo di accessori e imposte.

b – Per ciascuna gestione agenziale indicata in allegato per la garanzia relativa ai beni di terzi, viene convenuto il premio di Lit. 9.000.= per milione assicurato, comprensivo di accessori e imposte.

5) Inclusioni ed esclusioni di agenzie

La Società acconsente a prestare la garanzia di polizza ad eventuali gestioni agenziali che ne facessero domanda nel corso dell'annualità assicurativa, con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel telex o telegramma di richiesta di inserimento in garanzia da parte del Contraente alla Società.

In tal caso il premio dovuto sarà calcolato in dodicesimi, compresa la frazione del mese.

Qualora una gestione agenziale debba essere esclusa, anche su sua richiesta, dalle prestazioni del contratto, la Società accetterà la cessazione del rischio dalle ore 24 del giorno indicato nel telex o telegramma di richiesta di esclusione da parte del Contraente alla Società stessa ed il rimborso spettante al Contraente sarà calcolato in dodicesimi, esclusa la frazione del mese.

La regolazione del premio sarà effettuata ogni tre mesi, sulla base di documenti emessi dalla Società e il Contraente si impegna a versare l'eventuale premio supplementare entro 30 giorni dalla presentazione del relativo documento.

6) Rinnovo

Ad ogni rinnovo del contratto, il Contraente si impegna a versare a titolo di anticipo la somma di L.200.000 comprensiva di accessori ed imposte ed a trasmettere alla Società, entro 60 giorni dalla data di scadenza del periodo assicurativo, un elenco aggiornato delle Agenzie assicurate, con indicazione dei seguenti dati per ciascuna Agenzia:

- portafoglio al 31 dicembre dell'anno precedente.
- somma da assicurare come da art. 1) Condizioni Particolari,
- ubicazione della Sede dell'Agenzia.

Sulla base di tale comunicazione la Società emetterà la relativa appendice di rinnovo, il cui premio il Contraente si impegna a pagare entro 15 giorni dalla sua presentazione.

Disposizione transitoria

L'elenco delle Agenzie di cui la condizione particolare 1) verrà trasmesso dal Contraente alla Società entro il 28 Febbraio 1987. In attesa di ciò, e della conseguente corresponsione del premio, il Contraente versa alla firma della presente, ai fini della decorrenza della garanzia, la somma di L. 200.000 quale anticipo di cui:

Lit.	170.940	Premio
Lit.	29.060	Imposte

Lit.	200.000	Totale
=====		

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società in appresso indicate:

ALLSECURES-PRESERVATRICE 50%

GIANO 50%

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della ALLSECURES-PRESERVATRICE all'uopo designata quale coassicuratrice delegataria.

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto della Coassicuratrice.

Ogni modifica al contratto, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna la coassicuratrice solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalla Coassicuratrice della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dall'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze: scaduto il premio, la Delegataria può sostituire la quietanza eventualmente mancante dell'altra Coassicuratrice con altra propria rilasciata in suo nome.

La firma della Delegataria, apposta per mandato della Coassicuratrice anche in suo nome e per suo conto, rende valida ad ogni effetto la presente polizza.



UAP
I T A L I A N A

Polizza **N. 11320**

Agenzia **TORINO DIRETTA 2181**

CONDIZIONI PARTICOLARI

1) La presente polizza ha per oggetto l'assicurazione dei rischi infortuni professionali, in relazione all'attività assicurativa esercitata, ed extra professionale dei Titolari delle Agenzie della Spett.le TORO ASSICURAZIONI, assicurati con polizza n. 11320 della **UAP ITALIANA S.p.A.** - Agenzia Diretta di Torino, per la responsabilità civile professionale.

2) Gli Agenti Assicurati alla data del 31.05.1988 vengono elencati sotto numero di ordine progressivo nell'intercalare allegato.

La polizza comprenderà in seguito anche gli Agenti che volessero successivamente aderire, sempre che non debbano, ai sensi di polizza, esserne esclusi.

3) Di tutte le variazioni dello stato di rischio, inclusioni - esclusioni, dovrà essere data comunicazione a mezzo raccomandata ed avranno effetto dalle ore 24 del giorno in cui entreranno e/o usciranno di garanzia nella polizza R.C.D. n. 11320 - Agenzia Diretta di Torino.

Il relativo premio verrà calcolato in dodicesimi.

4) I capitali assicurati per ciascuna Agenzia sono convenuti in 1/5 (un quinto) degli incassi dichiarati nell'esercizio 1984 suddiviso in parti uguali tra il caso Morte ed il caso Invalidità Permanente, col minimo di Lit. 20.000.000 Morte e di Lit. 20.000.000 Invalidità Permanente, ed il massimo di Lit. 500.000.000 Morte e di Lit. 500.000.000 Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Agenzia è complessiva nel caso di più Titolari e dovrà essere suddivisa in parti uguali tra tutti i Coagenti.