

POLIZZA INFORTUNI
Enti Pubblici

DEFINIZIONI

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in *corsivo*.

Nel testo che segue si intendono per :

1. **ASSICURATO:** Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*.
2. **ASSICURAZIONE** Il contratto di *assicurazione*.
3. **CONTRAENTE (SOCIO)** Chi stipula l'*assicurazione*.
4. **INDENNIZZO** La somma dovuta da [REDAZIONE] in caso di *sinistro*.
5. **PARTI** Il *Contraente* e [REDAZIONE]
6. **POLIZZA** I documenti che provano il contratto di *assicurazione*.
7. **PREMIO** La somma dovuta dal *Contraente* a [REDAZIONE]
8. **RISCHIO** La possibilità che si verifichi il *sinistro*.
9. **SINISTRO** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'*assicurazione*.
10. **SOCIETÀ** [REDAZIONE] di seguito definita [REDAZIONE]

Inoltre alle seguenti espressioni le *Parti* attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

11. **BENEFICIARI** Le persone (o la persona) designate in *polizza* a riscuotere l'*indennizzo*. In assenza di designazione specifica i *beneficiari* saranno gli eredi legittimi o testamentari.
12. **DAY HOSPITAL** Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.
13. **DIARIA** La somma assicurata per ogni giorno di *inabilità temporanea*.
14. **FRANCHIGIA** Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'*Assicurato*.
15. **INFORTUNIO** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'*Assicurato*, oppure una *invalidità permanente* o una *inabilità temporanea*.
16. **INFORTUNIO PROFESSIONALE**
Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'*Assicurato* delle attività professionali (principali e secondarie).
17. **INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE**
Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'*Assicurato* di attività che non abbiano carattere di professionalità.



18. INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* ad attendere alle attività dichiarate in *polizza*.

19. INVALIDITÀ PERMANENTE

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'*Assicurato* a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

20. ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, *Day hospital*, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati *istituti di cura* gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

21. MODULO DI POLIZZA

Documento che personalizza la *polizza* poiché riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, il *premio*, le dichiarazioni del *Contraente*, i dati identificativi del *rischio assicurato*, la sottoscrizione delle *Parti*.

22. RICOVERO

Permanenza in *istituto di cura* con pernottamento.

CONDIZIONI GENERALI

NOTA BENE: le *parti* evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*

- 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* (o dell'*Assicurato*) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del *rischio*, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.
- 1.2 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI**
La presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla *polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.
- 1.3 ALTRE ASSICURAZIONI**
Il *Contraente* deve comunicare per iscritto a [REDACTED] entro 30 giorni dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre *assicurazioni* per lo stesso *rischio*.
[REDACTED] entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* con preavviso di almeno 30 giorni. Se il *Contraente* dolosamente omette di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre *assicurazioni*, il diritto all'*indennizzo* decade.
In caso di *sinistro* il *Contraente* (o l'*Assicurato*) deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
- 1.4 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO, CON RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ SVOLTA ED ALLE RELATIVE CONDIZIONI DI ESERCIZIO**
Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Società*, mediante lettera raccomandata o telex, di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* ai sensi dell'Art. 1898 del Cod. Civ.
- 1.5 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO**
In caso di diminuzione del *rischio* [REDACTED] è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'art. 1897 del Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.
- 1.6 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA**
L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza* a prescindere dal pagamento della prima rata di *premio* che comunque deve avvenire entro il 15° giorno successivo a tale data.
I *premi* devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla Sede della *Società*.
Se il *Contraente* non paga il *premio* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di [REDACTED] al pagamento dei *premi* scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.
- 1.7 FACOLTÀ DI RECESSO DAL CONTRATTO DOPO OGNI DENUNCIA DI INFORTUNIO**
Dopo ogni denuncia di *infortunio* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, [REDACTED] ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* nei confronti del singolo *Assicurato* o della singola categoria di *Assicurati* oppure dall'intero contratto con preavviso di almeno 30

giorni. In tal caso [redacted] rimborserà il *premio* relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di *assicurazione* in corso. La riscossione dei *premi* venuti a scadenza dopo la denuncia dell'*infortunio* o qualunque altro atto di [redacted] non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

Nel caso in cui la facoltà di recesso sia attivata e all'interno del periodo di 30 giorni previsto per l'efficacia del recesso ricada la scadenza di una rata della polizza, la Società si impegna, ferma la validità del recesso, ad emettere una appendice di proroga del contratto per un tempo uguale alla differenza tra il periodo di preavviso di recesso di 30 giorni ed il periodo intercorrente tra l'avviso di recesso e la scadenza della rata.

1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.9 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il contratto di *assicurazione* ha la durata indicata sul frontespizio di *polizza*.

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

1.10 DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA DEL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 57, comma 7, del D.lgs del 12 aprile 2006 n. 163 e sue modifiche e/o integrazioni, si precisa che la presente *assicurazione* cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del *Contraente* chiedere alla *Società* la prosecuzione dell'*assicurazione*.

In caso di proroga dell'*assicurazione* per il pagamento del relativo *premio* vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

1.11 ONERI FISCALI

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

1.12 PERSONE SOGGETTE ALL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La presente *polizza* si intende espressamente stipulata in aumento all'*assicurazione* di legge contro gli *infortuni* sul lavoro, anche se l'obbligo a detta *assicurazione* sopravvenga in corso di contratto.

1.13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.14 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La *Società* assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, e successive modifiche.

La *Società* si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo della Provincia a cui appartiene l'Ente appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

1.15 VARIAZIONE DEL RISCHIO

1. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto a [redacted]. Le variazioni che devono essere

comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione del *Contraente*, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere del *Contraente* che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

3. Il *Contraente* non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

1.16 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI E RECESSO

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al *Contraente*, Reale Mutua può segnalare al *Contraente* il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Articolo "VARIAZIONE DEL RISCHIO" e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o alle somme assicurate/massimali assicurati, di cui alla **Scheda di polizza**.
2. Il *Contraente*, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.
4. In caso di mancato accordo tra le parti, Reale Mutua può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
5. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al punto 1., presentata da Reale Mutua, ovvero, nei casi di cui al punto 2., entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta del *Contraente*.

Qualora alla data di effetto del recesso il *Contraente* non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, Reale Mutua s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore, per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. Il *Contraente* contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Reale Mutua assicura contro gli *infortuni professionali* le persone indicate in *polizza*.

2.1 RISCHI ASSICURATI

A - Rischi a terra

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato*, anche se derivanti da:

- 1 imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2 atti di terrorismo o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- 3 atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'*assicurazione* comprende:

- 4 gli *infortuni* sofferti in stato di malore o incoscienza;
- 5 l'asfissia non dipendente da malattia;
- 6 l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 7 l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8 le conseguenze (**con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari**) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

B - Rischi sportivi

- 1 La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico, **salvo quanto precisato al punto 2** che segue. **L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante:**

- a **la pratica di alpinismo o sci-alpinismo** (oltre il 3° grado della "scala di Monaco") senza accompagnamento di guida o portatore patentati, **atletica pesante, arti marziali, lotta** nelle varie forme, **pugilato, equitazione, canoa** nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, **immersioni subacquee** con autorespiratore (compresi i casi di embolia), **guido-slitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio** fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentati, speleologia;
- b **la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.**

- 2 **La garanzia non vale comunque per gli infortuni derivanti da:**

- **pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
- **pratica a titolo professionistico di sports in genere;**
- **partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore** (mentre è compresa in garanzia la partecipazione a gare di regolarità pura);
- **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine; regate oceaniche, sci estremo).**

Se l'attività sportiva è espressamente pattuita nel *modulo di polizza* i relativi *rischi* sono

compresi in garanzia senza limitazioni, **salvo le franchigie**.

C - Rischi di volo

(La garanzia di cui al presente articolo **non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno**).

L'*assicurazione* comprende gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca durante l'uso, **soltanto in qualità di passeggero**, di aeromobili; **sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri**.

L'*assicurazione* vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, **purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni**, fatto salvo quanto previsto al punto 2.1.D.

L'*assicurazione* vale per casi e somme uguali a quelli assicurati con la presente *polizza* e per i *rischi* da essa previsti.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con Reale Mutua, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di € 5.200.000.

Qualora i capitali complessivamente garantiti eccedano gli importi sopra indicati, le **indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti**, salvo il diritto del *Contraente* al rimborso dei *premi* imponibili nella stessa proporzione; a tal fine si dà atto che il *premio* relativo alla presente estensione di garanzia è pari al 2% del totale *premio* imponibile *infortuni*.

D - Rischio Guerra

(La garanzia di cui al presente articolo **non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno**).

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **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 in un paese sino ad allora in pace**.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

3.1 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli *infortuni* derivanti da:

- A - guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto al punto 2.1.C;
- B - guerra ed insurrezioni in genere, salvo quanto previsto al punto 2.1.D; **Rischio Guerra**;
- C - stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- D - operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- E - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- F - atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- G - malattie tropicali così come definite dalle disposizioni di legge in materia.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

3.2 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'*assicurazione* cessa con il loro manifestarsi.

L'*assicurazione* vale per le persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del *premio*)

L'eventuale incasso del *premio* dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

3.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, il *Contraente* è tenuto a comunicare a Reale Mutua l'aggravamento di *rischio* (art. 1898 del Codice Civile); la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito al punto 1.4.

3.4 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 € 5.200.000, intendendosi proporzionalmente ridotto l'*indennizzo* per ciascun *Assicurato* qualora le somme liquidabili a termini di *polizza* eccedano detto importo.

3.5 CASI ASSICURABILI

A - Morte

Se l'*Assicurato* muore entro due anni dal giorno dell'*infortunio* e in conseguenza di questo, Reale Mutua liquida la somma assicurata ai *beneficiari*.

L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello di *invalidità permanente*; tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente*, ma entro due anni dal giorno dell'*infortunio* ed in conseguenza di questo, l'*Assicurato* muore, Reale Mutua corrisponde ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la somma assicurata per il

caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito dell'*infortunio* la salma dell'*Assicurato* non venga ritrovata, Reale Mutua liquida ai *beneficiari* il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che Reale Mutua ha pagato l'*indennizzo*, risulta che l'*Assicurato* è vivo, quest'ultima avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei *beneficiari* della somma loro pagata.

L'*Assicurato* avrà così diritto all'*indennizzo* derivante ai sensi di *polizza* per altri casi eventualmente assicurati.

B - Invalidità permanente

L'*indennizzo* per il caso di *invalidità permanente* è dovuto **se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*.**

1. Valutazione del grado di invalidità

Il grado di *invalidità* è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'Allegato n. 1 al D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 per la valutazione del grado percentuale di *invalidità permanente*

Descrizione	Percentuali	
	D.	S.
• Sordità completa di un orecchio		15
• Sordità completa bilaterale		60
• Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
• Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40

Altre menomazioni della facoltà visiva, vedasi la tabella di valutazione seguente:

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

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.

POLIZZA INFORTUNI

Enti Pubblici

4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di *infortunio* agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Descrizione	Percentuali	
	D.	S.
• Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
• Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
• Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
• Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
• Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
• Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo- con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
• Perdita del braccio		
a per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b per amputazione del terzo superiore	80	70
• Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
• Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
• Perdita di tutte le dita della mano	65	55
• Perdita del pollice del primo metacarpo	35	30
• Perdita totale del pollice	28	23
• Perdita totale dell'indice	15	13
• Perdita totale del medio		12
• Perdita totale dell'anulare		8
• Perdita totale del mignolo		12
• Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
• Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
• Perdita della falange ungueale del medio		5
• Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
• Perdita della falange ungueale del mignolo		5
• Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Descrizione	Percentuali	
	D.	S.

POLIZZA INFORTUNI

Enti Pubblici

• Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8	
• Anchilosi totale della articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a in semi pronazione	30		25
b in pronazione	35		30
c in supinazione	45		40
d quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25		20
• Anchilosi totale della articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
• Anchilosi totale della articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a in semi pronazione	40		35
b in pronazione	45		40
c in supinazione	55		50
d quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	35		30
• Anchilosi completa della articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
• Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione			
a in semi pronazione	22		18
b in pronazione	25		22
c in supinazione	35		30
• Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione in posizione favorevole		45	
• Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
• Perdita di una coscia in un qualsiasi altro punto		70	
• Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
• Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
• Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
• Perdita totale del solo alluce		7	
• Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
• Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
• Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20	
• Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per *invalidità permanente* totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun *indennizzo*. Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per il *sinistro* e viceversa.

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

Qualora l'*infortunio* determini menomazione a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di *invalidità permanente* non specificati nella tabella 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*.

2. Liquidazione dell'indennizzo

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato, applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita di 3 punti percentuali - alla somma assicurata per invalidità permanente totale.

Pertanto Reale Mutua 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.

Se l'invalidità accertata è maggiore del 25%, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per invalidità permanente totale senza alcuna franchigia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite – prima che l'indennizzo sia stato pagato, Reale Mutua liquida ai beneficiari l'importo già concordato, ovvero offerto, ovvero – se oggettivamente determinabile – offribile all'Assicurato, in base alle condizioni di polizza.

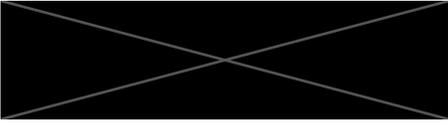
C Diaria per ricovero in istituto di cura

In caso di *ricovero* reso necessario dall'*infortunio*, Reale Mutua corrisponde la *diaria* assicurata per ogni pernottamento **fino al massimo di 30 pernottamenti per ogni infortunio.**

D - Rimborso spese di cura

Per la cura delle lesioni causate da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua rimborsa - **fino alla concorrenza del massimale assicurato** - le spese effettivamente sostenute:

1. in caso di *ricovero* o intervento chirurgico in *day hospital*, durante la degenza in *istituto di cura* per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza. Qualora le spese di *ricovero* siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua - in sostituzione del rimborso - liquida una *diaria* di € 80 per ogni pernottamento e **per un massimo di 100 pernottamenti.**
2. relativamente alle prestazioni sanitarie extra-*ricovero*, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da *infortunio*, **purché questo sia provato dal referto di Pronto Soccorso** (le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili **fino alla concorrenza di € 1.100**, mentre **non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di**



protesi applicate prima dell'*infortunio*); per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un *istituto di cura* all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto **fino alla concorrenza di € 520; tale importo è elevato a € 2.600 se l'emergenza richiede intervento di eliambulanza.**

Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20% - con il minimo di € 75 per ogni *infortunio* - resta a carico dell'Assicurato;

3. in caso di intervento riparatore del danno estetico, per la chirurgia plastica **fino alla concorrenza di € 2.600.**

Tali spese sono rimborsabili **purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'*infortunio* (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.**

Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE ALLE VICENDE DEL RISCHIO E DELLA POLIZZA

Oltre agli obblighi stabiliti ai punti - (Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del *rischio*), - (Altre *assicurazioni*), - (Aggravamento di *rischio*, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio), - (Diminuzione del *rischio*), - (Pagamento del *premio* e decorrenza della garanzia), nonché al punto (Denuncia dell'*infortunio* - Obblighi in caso di *sinistro*) il **Contraente** è tenuto ai seguenti adempimenti:

4.1 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni relative al contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax.

4.2 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'*assicurazione* vale per le persone designate in *polizza* ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'*assicurazione*. Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate per iscritto a Reale Mutua; l'*assicurazione* rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice. La cessazione di singoli *Assicurati*, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di *premio* a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

4.3 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il *premio* è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in *polizza* ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del *premio*, fermo il *premio* minimo stabilito in *polizza*.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il **Contraente** deve fornire per iscritto alla *Società* i dati necessari e cioè, a seconda dei casi, l'indicazione:

- delle *retribuzioni*;
- del *fatturato*;

degli altri elementi variabili eventualmente contemplati in *polizza*.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione.

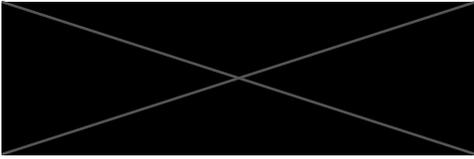
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della *Società*.

Se il **Contraente** non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la *Società* deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il *premio* anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il **Contraente** abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la *Società* di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il **Contraente** non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del *premio*, la *Società*, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del **Contraente** la regolazione del *premio* risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, verranno liquidati in proporzione al rapporto esistente tra il *premio* pagato e quello effettivamente dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in ugual misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del *premio* dovuto in via



POLIZZA INFORTUNI Enti Pubblici

anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Il *Contraente*, per l'adempimento degli obblighi di cui al presente articolo, deve anche fornire a richiesta della *Società* la fotocopia dell'apposito modulo – spedito dall'INAIL al *Contraente* con raccomandata – con il quale l'Istituto comunica il conteggio del *premio* definitivo e richiede al *Contraente* stesso il versamento dell'importo dovuto in sede di regolazione *premio*.

Qualora il *premio* sia convenuto, anche in parte, in base al *fatturato*, il *Contraente*, per l'adempimento degli obblighi di cui al presente articolo, deve anche fornire, a richiesta della *Società* la fotocopia del registro delle fatture emesse o dei corrispettivi, previsti dalla legge I.V.A..

La *Società* ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'*Assicurato* è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro tre giorni dalla data del *sinistro* deve essere dato avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, oppure alla Sede di Reale Mutua, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Codice Civile.

La denuncia deve contenere: descrizione dell'*infortunio*, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono. Essa **deve essere corredata dal certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'*Assicurato*. Successivamente **l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni**. L'accertamento di eventuali postumi di *invalidità permanente* deve essere effettuato in Italia.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua corrisponde l'*indennizzo* per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio* medesimo.

Pertanto:

- non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio*, in quanto conseguenze indirette di esso;
- se al momento dell'*infortunio* l'*Assicurato* è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla garanzia *Invalidità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

5.3 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di *invalidità permanente* o sulla durata e pertinenza dell'*inabilità temporanea* e delle spese di cura, si procederà, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

5.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, Reale Mutua, determinato l'*indennizzo* che risulti dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.

L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

5.5 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'*Assicurato*, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'*indennizzo* nel seguente caso:

A - Invalidità permanente

Trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica

e se la presunta percentuale di invalidità stimata da Reale Mutua in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'*Assicurato* un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile *indennizzo* definitivo.

5.6 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

5.7 TUTELA DELL'EVENTUALE RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'*infortunato* o, in caso di morte, i *beneficiari* (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'*infortunio*, l'*indennità* dovuta ai sensi della presente *polizza* ed avanzino verso il *Contraente* maggiori pretese a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, l'*indennità* viene computata nel risarcimento che il *Contraente* fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora la presente *polizza* derivi dall'applicazione di un contratto di lavoro la norma si intende annullata.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE SEMPRE OPERANTI

6.1 RISCHIO IN "ITINERE"

La garanzia si estende agli *infortuni* che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'*Assicurato* al luogo di lavoro e viceversa.

6.2 EVENTI CATASTROFICI

(La garanzia di cui al presente articolo **non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno**). L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* causati da **terremoti**, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria, uragani, ma **per la metà delle somme indicate in contratto e per un massimo comunque di € 129.200 per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente totale**. Inoltre se più *Assicurati* con la presente *polizza* fossero coinvolti in un medesimo evento, **l'esborso massimo di Reale Mutua non potrà superare l'importo di € 1.549.400; se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti**. Gli *infortuni* causati da **movimenti tellurici**, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, uragani, verificatisi fuori dai confini degli stati d'Italia, di San Marino, del Vaticano, sono indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati.

6.3 LIQUIDAZIONE PRIVILEGIATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DI GRADO ELEVATO

Nel caso l'*invalidità permanente* sia maggiore del 60% della totale, Reale Mutua liquida un *indennizzo* in misura pari al 100% del capitale assicurato per *invalidità permanente* totale.

6.4 AMMINISTRATORI

Per la categoria in oggetto se compresa, l'*assicurazione* vale per gli *infortuni* occorsi nello svolgimento delle loro mansioni per conto del *Contraente* e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, **sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del Contraente**, che l'*infortunio* si è verificato durante gli eventi sopra descritti.

6.5 ASSICURAZIONE DI PERSONA NON NOMINATA

In base alla dichiarazione del *Contraente* che per l'esplicazione delle mansioni specificate in *polizza* non si avvale di altre persone al di fuori di quelle indicate, Reale Mutua rinuncia a conoscere preventivamente le loro generalità. **Essa non sarà tuttavia tenuta a indennizzare eventuali infortuni, qualora risultasse che il Contraente abbia adibito alle mansioni di cui trattasi un numero di persone maggiore di quello indicato**.

La garanzia è operante **soltanto per le persone di età compresa fra i 18 e i 70 anni**. Qualora l'*Assicurato* risulti affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici e purché sia in grado di svolgere le mansioni descritte, la garanzia sarà valida ugualmente, intendendosi espressamente confermati i criteri di indennizzabilità previsti come sopra.

Inoltre, **qualora l'infortunato risulti essere "persona assicurabile con patto speciale"** la garanzia è ugualmente operante, ma l'*indennizzo* liquidabile a termini di *polizza* è ridotto alla metà.

6.6 RISCHI DELLA CIRCOLAZIONE

La garanzia opera per gli *infortuni* occorsi al conducente del veicolo, identificato in *polizza*, durante ed in conseguenza della circolazione nonché per gli *infortuni* occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo, rese necessarie per riprendere la marcia.

L'*assicurazione* vale a condizione che il veicolo circoli con il consenso del *Contraente* e sia guidato da persona in possesso della prescritta patente di abilitazione e degli altri requisiti previsti dalle vigenti Leggi.

La guida a titolo professionale deve essere espressamente indicata in *polizza*; in difetto si applicano le norme dell'art. 1898 del Codice Civile.

Qualora la garanzia sia resa operante nei confronti dei trasportati, la stessa è prestata a condizione che sia stato assicurato un numero di persone corrispondente a quello dei posti risultanti dalla carta di circolazione; in difetto si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile. Se, al momento del *sinistro*, sul veicolo risulti un numero di trasportati maggiore di quello indicato sulla carta di circolazione, i capitali individualmente assicurati saranno ridotti in proporzione al numero di trasportati accertato.

Nel caso di veicolo destinato al trasporto di cose, la garanzia è valida in quanto i trasportati si trovino all'interno della cabina di guida.

6.7 CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI

Qualora per esigenze aziendali il *Contraente* debba temporaneamente destinare un *Assicurato* a compiti diversi da quelli descritti in *polizza* **sempreché rientranti nell'ambito della normale attività d'impresa**, non si applicano le norme previste al punto Aggravamento di *rischio*.

6.8 ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI SOTTOSCRITTE DAGLI ASSICURATI

Il *Contraente* è esonerato dal denunciare altre eventuali *assicurazioni* che i singoli *Assicurati* abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre o con la sottoscritta Compagnia.

6.9 ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITÀ

Il *Contraente* è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli *Assicurati* fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli *Assicurati* sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali *infortuni* avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti come sopra.

È parimenti confermato il punto Persone non assicurabili - Limiti di età; pertanto qualora l'*infortunio* colpisca una persona non assicurabile il relativo *premio* sarà restituito da Reale Mutua.

Inoltre, qualora l'*infortunato* risulti "persona assicurabile con patto speciale" la garanzia è ugualmente operante, ma l'*indennizzo* liquidabile a termini di *polizza* è ridotto alla metà.

6.10 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI

(Con regolazione del *premio* al termine di ciascun periodo assicurativo).

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi del *Contraente* tenuti obbligatoriamente per legge. L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni del *Contraente* circa la consistenza numerica degli *Assicurati* per ogni categoria (o gruppo), quale risulta inizialmente indicata in *polizza*. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del *Contraente*: delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del *premio*, agli effetti della quale si considera il "numero medio" degli *Assicurati* per ogni categoria.

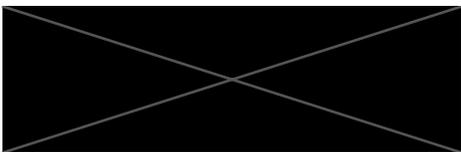
6.11 ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI

(Con regolazione del *premio* al termine di ciascun periodo assicurativo).

A - Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione delle somme assicurate e del *premio* si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del *Contraente* tenuti obbligatoriamente per legge.

B - Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.

C - Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'*infortunato* quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'*infortunio*. Se il rapporto di lavoro dell'*infortunato* è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno; salvo per i rapporti di lavoro a tempo determinato, di durata



POLIZZA INFORTUNI Enti Pubblici

inferiore ai dodici mesi, per i quali il capitale assicurato sarà rapportato alla effettiva retribuzione pattuita per la durata del contratto di lavoro stesso.

D - Il tasso di *premio* viene pattuito per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi del precedente punto B. Al *premio* risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.