

POLIZZA – CONVENZIONE N. 413/10275413
POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI
PER MEDICI CHIRURGHI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- **ASSICURATO:** il soggetto il cui interesse è coperto dall'assicurazione
- **ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione
- **COMPAGNIA:** NAVALE Assicurazioni S.p.A.
- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione
- **INABILITA' TEMPORANEA:** l'incapacità totale o parziale di attendere alle ordinarie occupazioni
- **DIARIA DI RICOVERO:** la degenza comportante pernottamento, in Istituto di Cura pubblico o privato, regolarmente autorizzato alla erogazione dell'assistenza ospedaliera
- **INDENNIZZO:** la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro
- **INFORTUNIO:** ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, oppure una inabilità temporanea.
Sono considerati infortuni anche:
l'assfissia non di origine morbosa;

gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
l'annegamento;
l'assideramento o il congelamento;
i colpi di sole o di calore;
le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
le affezioni conseguenti a punture di insetti o aracnidi e morsi di animali con esclusione comunque della malaria, del carbonchio e delle malattie tropicali;
- **INVALIDITA' PERMANENTE:** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
- **POLIZZA:** il documento che prova l'assicurazione
- **PREMIO:** la somma dovuta alla Compagnia
- **SINISTRO:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

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

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893, 1894 C.C.).

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C.. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

ART. 6 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO
In caso di sinistro, l'Assicurato, o gli aventi diritto, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza e/o la possibilità ai sensi dell'art. 1913 C.C..
L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

Tuttavia l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del premio pagato e cessa alla scadenza di detto termine.

ART. 8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata di un anno e così successivamente.

ART. 9 - ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ART. 11 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- dell'attività professionale dichiarata in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità, dell'attività familiare, della vita di relazione e del tempo libero fatta eccezione per quanto previsto dall'art. 22 delle Condizioni Generali.

ART. 12 - MORTE
In caso di:
infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza non oltre due anni dal giorno dell'infortunio;
scomparsa dell'Assicurato a seguito di affondamento o naufragio di nave, semprechè ne sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo, ed il corpo dell'Assicurato non sia stato ritrovato entro un anno dalla data dell'incidente e siano comunque trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli artt. 60 e 62 C.C.;
la Compagnia corrisponde, ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali, il capitale indicato in polizza per il caso morte da infortunio.
Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata e relative spese e l'Assicurato stesso, a restituzione avvenuta, potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per 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, gli eredi testamentari o legittimi non sono tenuti a rimborsare quanto eventualmente percepito in più ma hanno diritto a percepire la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato dalla compagnia per invalidità permanente.

ART. 13 - INVALIDITA' PERMANENTE

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma comunque non oltre due anni dalla data dell'infortunio, la Compagnia corrisponde l'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al grado di invalidità permanente accertata.

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

perdita totale di una mano oppure del pollice o dell'indice o del medio	100%
perdita totale di un anulare o di un mignolo	20%
perdita contemporanea di anulare e mignolo di una mano	100%
perdita totale e contemporanea dei piedi	100%
anchilosi di una spalla, di un braccio, di un gomito o di un polso	100%
alienazione mentale	100%
paralisi organica	100%
perdita facoltà visive di un occhio	100%
sordità completa di ambedue le orecchie	100%
sordità completa di un orecchio	40%
perdita di un arto inferiore (al di sopra, all'altezza o al di sotto del ginocchio)	100%
perdita di un piede	40%
perdita di un alluce	5%
perdita di una falange dell'alluce	3%
perdita di ogni altro dito di un piede	3%
perdita di una falange di ogni altro dito del piede	1%
perdita della milza	10%
perdita di un rene	20%
perdita totale della seconda falange del pollice, o della terza falange dell'indice o del medio della mano operativa	100%
perdita totale della seconda falange del pollice della mano non operativa	100%
stenosi nasale bilaterale	30%
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre cervicali	10%
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	7%
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento della 12 ^a dorsale	12%
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento delle 5 lombari	12%
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%
perdita totale della voce	50%

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Se, al momento dell'evento, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali come innanzi determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, la percentuale di invalidità permanente sarà stabilita in analogia ai casi elencati nella tabella stessa tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

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

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio verrà effettuata con le seguenti modalità:

- senza applicazione di alcuna franchigia fino ad un capitale assicurato di € 129.114,22;
- sulla parte di somma assicurata eccedente €129.114,22 e fino a €258.228,45 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% del totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 5% (cinqueper cento);
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 258.228,45 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 10% (dieci per cento).

ART. 14 - INABILITA' TEMPORANEA, INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO E INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI GESSATURA

1) Inabilità temporanea e indennità giornaliera per ricovero

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto, per un periodo massimo di 365 giorni:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto, sempreché la denuncia sia stata presentata alla Compagnia entro tre giorni dalla data dell'infortunio, a partire dalle ore 24 del giorno della denuncia di infortunio, indipendentemente dalle somme assicurate a tale titolo.

La garanzia viene estesa, a fronte di comprovato ricovero in Ospedale o Casa di Cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ad una indennità giornaliera di pari importo di quella per Inabilità Temporanea per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 150 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come un unico giorno.

Se la denuncia viene presentata in ritardo, rispetto al suddetto termine di tre giorni, avranno inizio dal giorno successivo a quello di presentazione della denuncia stessa, fermo in ogni caso il disposto dell'art. 6 delle Condizioni Generali.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino a completa guarigione; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente e per morte.

2) Indennità giornaliera in caso di gessatura

Qualora l'infortunio comporti immobilizzazione con gesso, materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione ivi compresi osteosintesi e fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, verrà liquidato all'Assicurato, fino alla rimozione della gessatura, la indennità giornaliera assicurata con il massimo di 30 giorni per ciascun infortunio.

L'indennizzo di cui sopra è cumulabile con l'indennità giornaliera per inabilità temporanea se prevista.

ART. 15 - RISCHIO H.I.V.

A) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza. La Compagnia assicura l'indennizzo indicato in polizza qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti al punto b).

b) Denuncia di sinistro ed obblighi relativi - Criteri di indennizzabilità

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto darne avviso alla Compagnia (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telex o fax indirizzato all'Agenzia. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata alla Compagnia una descrizione dettagliata dell'evento.

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

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva. Se il primo test immunologico fornisce un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test : se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo la Compagnia liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

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

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

c) Liquidazione

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

d) Persone non assicurabili

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

ART. 16 - RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, la Compagnia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici;
- i diritti di sala operatoria;
- le rette di degenza.

Entro il limite del massimale garantito per sinistro, ma fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale stesso, la Compagnia rimborsa inoltre le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;

- i medicinali ed i trattamenti fisioterapeutici e rieducativi;

La Compagnia effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute

all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta italiana, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

GARANZIE : PRESTAZIONI E LIMITI

ART. 17 - RISCHIO DI GUERRA

A parziale deroga dell'art. 22, lett. l), delle Condizioni Generali, l'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra, dichiarata o non, o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi, e sia impossibilitato ad abbandonare il paese stesso, mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

ART. 18 - RISCHIO CALAMITA' NATURALI

L'inabilità temporanea, conseguente ad infortunio avvenuto al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

La garanzia di cui al presente articolo non è operante nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 19 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, conseguente ad infortunio avvenuto al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

ART. 20 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 21 - ESTENSIONI

Si intendono parificate ad infortunio, o parziale deroga della relativa "Definizione", le ernie traumatiche o da sforzo restando convenuto che:

- la copertura assicurativa delle ernie ha effetto soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta, se prevista, la sola indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà per la stessa riconosciuto un grado percentuale di invalidità non superiore al 10% (dieci per cento);

qualora insorga contestazione in ordine alla natura e/o alla operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 26 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzioni di continuità - ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura per gli Assicurati, somme e prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa assicurata.

GARANZIA ALLE EPATITI VIRALI

Si intendono parificate all'infortunio le epatiti virali trasmesse per via sierologica purché conseguenti a ferite riportate dall'Assicurato nell'effettuare interventi chirurgici inerenti alla propria attività. Resta confermata l'esclusione per le infezioni da microbi o da virus assorbite attraverso le vie respiratorie o tubo digerente o per contatto o che comunque non abbiano origine, diretta o provata, da una ferita.

NON OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

ART. 22 - RISCHI ESCLUSI

Con riferimento alle garanzie prestate, l'assicurazione non è operante per gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili; dalla pratica del volo da diporto o sportivo anche con l'uso di deltaplani con o senza motore, di ultraleggeri, di alianti, nonché dalla guida ed uso di mezzi subacquei;
- d) dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali nelle loro varie forme, rugby, football americano, hockey, snowboard, skate-board, scalata di roccia o ghiaccio, free climbing (arrampicata libera), discesa di rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni, e relative prove, ippiche, calcistiche e sciistiche, ciclistiche, di pallacanestro, di pallavolo organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali e interaziendali;
- f) da delitti compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
-

- i) da ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- l) guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dagli artt. 16 e 17 delle Condizioni Generali;
- n) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 23 - LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano tale limite di età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che, in tal caso, verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

ART. 24 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ART. 25 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare in tempo di pace e durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente dalla garanzia di inabilità temporanea.

In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio o rata di premio, successiva all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

SINISTRI: ADEMPIMENTI E DIRITTI DELLE PARTI

ART. 26 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 6, delle Condizioni Generali, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi testamentari o legittimi, devono consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 27 - CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 13 delle Condizioni Generali sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 28 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni.

CONDIZIONI SPECIALI (sempre operanti)

01 - ANTICIPI SU INDENNIZZI

L'Assicurato può richiedere alla Compagnia un anticipo sugli indennizzi:

- a) per inabilità temporanea (sempre che sia prevista dal contratto), trascorsi 60 giorni dalla data di denuncia dell'infortunio, anche prima che intervenga la completa guarigione, limitatamente al periodo intercorrente tra la data della denuncia e quella della richiesta;
- b) per invalidità permanente, trascorsi almeno 120 giorni dalla data della denuncia dell'infortunio, fino ad un massimo del 40% del presumibile indennizzo stesso, a condizione che la presunta percentuale d'invalidità stimata dalla Compagnia, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 25% della totale; tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste d'anticipo indennizzo potranno essere accolte dalla Compagnia a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata dall'Assicurato, salvo il diritto della Compagnia stessa alla restituzione di quanto corrisposto qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto od in parte, la garanzia assicurativa.

Resta in ogni caso inteso che gli anticipi corrisposti saranno dedotti da quanto dovuto, al netto delle franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

02 - INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA

Se l'infortunio purché rientrante nelle garanzie di polizza, ha per conseguenza lesioni al volto (esclusa ogni altra parte del corpo) che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Compagnia rimborsa, nel limite di € 5.164,57 per sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resa necessaria dalla deturpazione o dallo sfregio permanente.

03 - VALIDITA' DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

L'assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

04 - RISCHIO VOLO

A parziale deroga dell'art. 22, lett. c) delle Condizioni Generali, l'assicurazione è estesa, a titolo gratuito, agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei 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 Aeroclubs.

La presente estensione di garanzia è operante a condizione che la somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non superi i seguenti importi:

- €1.032.913,80 per il caso morte;
- €1.032.913,80 per il caso d'invalidità permanente totale;
- €206,58 al giorno per il caso di inabilità temporanea totale;

e complessivamente per ciascun aeromobile:

- €5.164.568,99 per il caso morte;
- €5.164.568,99 per il caso di invalidità permanente totale;
- €4.131,66 al giorno per il caso di inabilità temporanea totale;

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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

In caso di scomparsa dell'Assicurato a seguito di caduta di aeromobile, si applica quanto previsto dall'art. 12 delle Condizioni Generali.

Gli associati e/o iscritti alla Spett.Le Contraente possono aderire alle coperture assicurative previste dal presente contratto compilando la specifica scheda di adesione e corrispondendo il relativo premio che sarà determinato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi, più eventuale frazione di mese che intercorrono dalla data dell'adesione alla prima scadenza annuale della presente polizza.

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, a parziale deroga di quanto riportato in calce al certificato di polizza, l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni Generali:

Art. 6	-	Obblighi in caso di sinistro
Art. 7	-	Recesso in caso di sinistro
Art. 8	-	Proroga dell'Assicurazione
Artt. 15/d e 24	-	Persone non assicurabili
Art. 23	-	Limiti di età
Art. 27	-	Controversie

Inoltre dichiara di approvare il seguente articolo:

Foro competente: Foro competente a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, quello del luogo dove ha sede la Direzione della Compagnia ovvero quello del luogo dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

NAVALE ASSICURAZIONI Spa
C. so di Porta Vigentina, 9- 20122 Milano - Italia
Tel. 02/582111- fax 02/58211710
Internet www.navale.it
Capitale sociale €96.250.000,00
P.IVA 00296790389
Reg. Imprese Trib. Ferrara n° 3580
Autorizzazione con D. L. del 29/04/1923 n° 966