

CN2 - Condizioni speciali per i dirigenti e i quadri

(valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e solo per Polizza Infortuni sulle Retribuzioni)

Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborserà, **fino a concorrenza di euro 10.000,00 per persona e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 75,00**, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio stesso indennizzabile a termini di Polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione** della sostituzione di protesi di qualsiasi genere) per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza, **con il massimo di euro 400,00**

ed in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese:

- per rette di degenza
- per gli onorari dei medici curanti
- per i medicinali
- per i diritti di sala operatoria
- per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro)
- per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 10% del massimale assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Danno economico per il Contraente

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente (valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali) di grado pari o superiore al 66% - sempreché le suddette garanzie siano operanti per l'Assicurato - fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli a termini di contratto, l'Impresa corrisponderà al Contraente - al fine di coprirlo del danno economico che ad esso possa derivare da infortuni subiti dalle persone assicurate - un importo pari alla metà dell'Indennità riconosciuta all'Assicurato, **fino a concorrenza di euro 250.000,00**.

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 500.000,00.

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. La presente condizione particolare non è operante per il Rischio volo.

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

Limitatamente e a seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte, sempreché operante per l'Assicurato, maggiorata del 25% **col massimo di euro 150.000,00**.

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 300.000,00.

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Malattie tropicali

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali - intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglo-binurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana,

infezione malarica perniciosa - dalle quali il personale della Contraente fosse colpito e verrà prestata **per una somma uguale a quella prescelta per la copertura infortuni e fino ad un massimo di euro 250.000,00.**

Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che **non si farà luogo a risarcimento per Invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale**; se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 15% della totale, l'Indennizzo spettante a termini di Polizza verrà corrisposto senza deduzione di alcuna Franchigia.

La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma del presente contratto viene fissata in due anni dal giorno della denuncia.

Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. **Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di euro 6.000,00.**

Infermità, mutilazioni, difetti fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'articolo "Criteri di indennizzabilità" delle Norme in caso di sinistro.

Rischi sportivi

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sports aerei in genere.

Ubriachezza

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, **esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.**

Malattie professionali

L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro) che abbiano per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, e che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e riducano l'attitudine generica al lavoro **in misura superiore al 10% della totale.**

Qualora la silicosi e l'asbestososi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la Franchigia predetta si intende abolita.

L'Indennità viene in ogni caso corrisposta dall'Impresa per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

Restano in ogni caso escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure delle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno, sempreché, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.

Per quanto non regolamentato dalla presente condizione particolare, valgono - in quanto applicabili - le disposizioni concernenti gli infortuni.

Invalidità permanente

L'Indennità per Invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale, in proporzione

al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri stabiliti dalla "Tabella INAIL" riportata nel presente contratto, già allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, e successive modificazioni intervenute fino alla data del 24 luglio 2000 e, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge stessa.

Qualora l'Invalidità permanente conseguente ad Infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità di cui alle Condizioni di assicurazione, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica dell'Assicurato in misura superiore al 66%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato. Contestualmente al pagamento dell'Indennità, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione

Franchigia per il caso di Invalidità permanente (operante esclusivamente per la Categoria Quadri)

L'Indennità per Invalidità permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino 4 volte la retribuzione annua non verrà applicata alcuna Franchigia e quindi l'Indennità verrà corrisposta in base all'effettivo grado di Invalidità permanente accertato;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a 4 volte la retribuzione annua non si farà luogo ad alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% della totale, l'Indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'Impresa liquiderà l'Indennità senza deduzione di alcuna Franchigia.

Rimpatrio della salma

L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata **fino a concorrenza della somma di euro 2.000,00** e sempreché la garanzia Morte sia operante per l'Assicurato.