

**AGENZIA DI CREMONA – COD.190**

CONTRAENTE

**SOC.MUTUO SOCCORSO FRA SACERDOTI**

**DIOCESI DI CREMONA**

POLIZZA N. 190.30.

**SETTORE MALATTIA**

## INDICE

### **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE ART. 1-24

**DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO ART. 25-30**

### **GARANZIE**

INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO ART. 31-37

INVALIDITA' PERMANENTE PER MALATTIA ART. 38-42

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO ART. 43

DIARIA DA RICOVERO PER MALATTIA ART. 44

GARANZIE SPECIALI DIARIA RICOVERO INFORTUNIO E/O MALATTIA ART. 45-48

### **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **RIFERIMENTI DEL CODICE CIVILE**

**SOC. DI MUTUO SOCCORSO  
FRA SACERDOTI DIOCESI DI CREMONA**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA**

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Beneficiario:	il soggetto a favore del quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'Assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione
Convalescenza a domicilio:	il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno in cura l'Assicurato
Day Hospital:	la degenza diurna, in istituto di cura, regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici
Day Surgery:	la degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita di un organo o di un apparato
Franchigia/scoperto:	la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato
Immobilizzo:	ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico; sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi
Indennizzo:	la prestazione dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza
Insorgenza:	l'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia
Intervento chirurgico:	atto medico terapeutico, praticato da laureato in chirurgia abilitato presso un Istituto di cura chirurgico o un ambulatorio, comportante una cruentazione di tessuti o effettuato con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser)
Invalità permanente:	la perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
Istituto di cura:	gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private regolarmente autorizzate all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Manifestazione:	la sintomatologia oggettiva della malattia
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la compagnia presta la garanzia
Osteosintesi:	l'intervento chirurgico con il quale si uniscono e rendono stabili due o più frammenti di osso impiegando mezzi metallici (chiodi, viti, placche o fili)
Parti:	il Contraente e la Società
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione
Premio:	la prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società
Ricovero/degenza:	la permanenza in un Istituto di cura che comporti il pernottamento
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Rottura sottocutanea:	la rottura dei tendini senza lesione dei tessuti sovrastanti
Sforzo:	l'evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato

Sinistro:	il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione
Sport professionistico:	l'attività sportiva svolta da atleti a favore di una Società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla Legge n. 91 del 1981 e s.m. e i. e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con remunerazione indiretta (compenso monetario forfettario a carattere non continuativo, percepito sottoforma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione)
Termini di carenza:	periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura
Ubriachezza:	la presenza di tasso alcoolemico pari o superiore a 0,8 grammi/litro

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### E

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1 - Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie meglio descritte nelle singole sezioni e a favore dei sacerdoti iscritti alla Soc. di Mutuo Soccorso della Diocesi di Cremona:

#### INFORTUNI

- invalidità permanente per infortunio;
- diaria da ricovero per infortunio

#### MALATTIA

- invalidità permanente per malattia;
- diaria da ricovero per malattia

### Art. 2 - Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

### Art. 3 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a. asfissia di origine non morbosa;
- b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. annegamento;
- d. assideramento o congelamento;
- e. colpi di sole o di calore;
- f. le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
- g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- h. infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'articolo 1912 del codice civile);
- i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto. **Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità se prevista per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.**

#### **Art. 4 - Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione**

La garanzia vale per gli sport **non professionistici** di seguito indicati:

- a. Sport non agonistici: pratica di attività sportive a carattere ricreativo che **non** prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva. Rientrano in questa classificazione anche gli sport che comportino la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- b. Sport agonistici a basso rischio: partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- c. Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.

#### **Art. 5 - Rischi sportivi in garanzia con limitazioni**

**Per gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:**

- d. Sport agonistici in genere: la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque altro sport, diverso da quelli definiti a "basso rischio" nel precedente punto b), che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- e. Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai oltre il 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque dal free climbing;
- f. Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;
- g. Immersioni subacquee con uso di autorespiratore. Sono comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale. La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nell'ambito dello svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore.

**saranno operative le limitazioni di garanzia di seguito indicate:**

- **l'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto della metà, e in ogni caso la somma assicurata per le garanzie morte e invalidità permanente per infortunio, non potrà superare per ciascuna garanzia l'importo di € 350.000,00, se la somma assicurata scelta dovesse eccedere tale importo.**

#### **Art. 6 - Rischi sportivi esclusi e non assicurabili**

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- **qualsiasi sport professionistico;**
- **pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), dalla pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), body bulding/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici,**

potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche. L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità. Sono inoltre esclusi l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate alle lettere c), e), f) e g) del precedente Art. 4 – Rischi sportivi.

#### **Art. 7 - Rischio volo**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.**

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

#### **Art. 8 - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 9 - Rischio guerra**

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni in connessione ad atti di guerra, guerra civile, di insurrezione, di occupazione militare, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, **se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

#### **Art. 10 - Rischi esclusi**

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b. guida di natanti a motore per uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- c. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d. azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:

- f. i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g. day hospital con finalità diagnostiche;
- h. le invalidità permanenti per malattia conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto del contratto, nonché manifestati oltre un anno dalla cessazione;

- i. le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- j. le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- k. i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere.

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende:

- l. gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- m. l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidei, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V.). Resta comunque valido quanto previsto dall'ultimo comma dell'Art. 16 – Risoluzione del contratto per quanto riguarda il contagio da H.I.V.;
- n. gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- o. le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

#### **Art. 11 - 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 del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

#### **Art. 12 - Decorrenza della garanzia**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo. In particolare la garanzia ha effetto:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo;
- per le malattie:
  - dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;
  - dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, e non note, prima della sottoscrizione del contratto. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, noti, che abbiano, quindi, dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto. Per la garanzia invalidità permanente per malattia sono sempre escluse le conseguenze relative a infortuni, malattie, malformazioni o stati patologici insorti anteriormente all'effetto del contratto, anche se non noti;
  - dal 300° giorno successivo a quello di pagamento effettivo per il parto.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;



- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e ai maggiori massimali da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

#### **Art. 13 - Durata del contratto**

Il contratto ha decorrenza dalle ore 24.00 del 01/01/2020 e scadenza ore 24.00 del 01/01/2021 con scadenze semestrali al 01/07 e 01/01 di ciascun anno a partire dal 01/07/2020.

Il contratto di durata annuale si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno ad ogni scadenza annuale, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata.

#### **Art. 14 - Identificazione degli Assicurati - Garanzie assicurate - esonero denuncia infermità fisiche - rinuncia alla compilazione del questionario sanitario**

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dalla Contraente medesima, che la Contraente si impegna ad esibire a semplice richiesta della Compagnia.

La Contraente resta altresì esonerata dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette, le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi che dovessero in seguito sopravvenire.

La Società rinuncia alla compilazione, da parte degli Assicurati, del questionario sanitario; si ritengono comprese le conseguenze e le indennità spettanti dalla presente polizza relative a malattie, inforti o diagnosticati o manifestatesi anteriormente alla presente polizza, fermo l'eventuale periodo di carenza previsto per le singole garanzie.

#### **Art. 15 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., nonché dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari ed Alzheimer.

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate insorgano nel corso del contratto si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

**Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più assicurati, poiché la sopravvenienza della patologia in un Assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Società si impegna, per i restanti assicurati, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.**

#### **Art. 16 - Limite di età**

Nessun limite di età.

#### **Art. 17 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dalla prima scadenza annuale (vedi clausola di raccordo).

#### **Art. 18 - Oneri fiscali**

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

**Art. 19 - Foro competente**

Foro competente è quello del luogo in cui il contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

**Art. 20 - Modifiche delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo**

La Società si impegna a pubblicare sul proprio sito internet [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it) gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

**Art. 21 - Regolazione 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 ogni periodo assicurativo, annuo o di minor durata, 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.

Entro i 60 giorni successivi alla scadenza annuale il Contraente deve comunicare alla Società le variazioni intervenute.

Sulla base di questi dati la Società calcola il conguaglio di premio. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro i 30 giorni dal ricevimento del documento. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni trascorso il quale la Società potrà agire giudizialmente nei suoi confronti con addebito delle eventuali maggiori spese sostenute.

**Art. 22 - Assicurazione per conto altrui - Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti della polizza**

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C..

**Art. 23 - Modifiche del beneficio a favore del Contraente**

A completamento ed a parziale deroga delle Cond. generali di Ass.ne, resta convenuto quanto segue: "Gli indennizzi da liquidarsi a termini di polizza entro i limiti di capitali stabiliti nella polizza stessa, verranno versati all'Ente Contraente, il quale è considerato beneficiario a tutti gli effetti. Il Contraente, per tutte le somme percepite, rilascerà regolare atto di quietanza ampiamente liberativo con impegno formale di manlevare e garantire la Società assicuratrice pagante dalle eventuali pretese e/o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima da chicchessia".

**Art. 24 - Calcolo del premio**

Vedi pag.30

## DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

### **Art. 25 - Obblighi in caso di sinistro**

Entro 15 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne comunicazione per iscritto alla Società. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c..

### **Art. 26 - Denuncia del sinistro**

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata da certificato medico.

La denuncia della malattia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'infermità.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

### **Art. 27 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo**

In caso di controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica o su altri aspetti incidenti sull'indennizzo spettante, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, mandato di decidere ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente già acquisita dalle parti.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Le decisioni del collegio 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.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato tuttavia, anche per la risoluzione delle controversie inicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

**Art. 28 - Pagamento dell'indennizzo**

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Gli indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

**Art. 29 - Rinuncia all'azione di surroga**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**Art. 30 - Rimborso spese cartella clinica**

La Società su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo delle garanzie "invalidità permanente da infortunio, diaria da ricovero per infortunio, malattia, parto.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di € 50,00 per sinistro.

## INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO

### Garanzia base

#### Art. 31 - Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

CAPITALE ASSICURATO PER PERSONA FINO ETA' 80 **euro 75.000,00**

CAPITALE ASSICURATO PER PERSONA OLTRE ETA' 80 **euro 40.000,00**

#### Art. 32 - Calcolo dell'indennizzo - Adozione tabella Inail

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL".

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE- TABELLA INAIL  
 (ALLEGATO I AL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124 ESCLUSE SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Perdita totale, anatomica o funzionale di:		Destro	Sinistro
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:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per 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	0/10	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; 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 Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
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.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%

**Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:**

- con possibilità di applicazione di protesi efficaci	11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficaci	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		0%
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-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
<b>Perdita del braccio:</b>		
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
- per amputazione al 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 e 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 due ultime falangi dell'indice	11%	9%

Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
<b>Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75° :</b>		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
<b>Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:</b>		
a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
<b>Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:</b>		
a. in semipronazione	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in 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 dà 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%

**Per gli esiti di rottura sottocutanea, del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), del tendine dell'estensione del pollice, del tendine del quadricipite femorale, della cuffia dei rotatori, vale quanto previsto dall'Art. 3 – Rischi compresi.**

**N.B.:** In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

### **Art. 33 - Criteri specifici di indennizzabilità**

**In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

**Art. 34 - Criteri particolari di indennizzabilità**

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minoranza, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

**Art. 35 - Massimo indennizzo per lesioni plurime**

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti 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%.

**Art. 36 - Franchigia su invalidità permanente**

Franchigia relativa del 20% con una franchigia assoluta del 5%

**Supervalutazione invalidità permanente**

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

**Art. 37 - Decesso indipendente dall'infortunio**

Relativamente alla prestazione relativa all'invalidità permanente si conviene che:

- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata, o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà l'importo liquidato od offerto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi;
- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio senza che l'indennità sia stata liquidata o offerta in misura determinata ma, sulla base della documentazione medica disponibile sia possibile quantificare tale indennizzo, la Società provvederà formulare proposta di indennizzo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.



## INVALIDITA' PERMANENTE PER MALATTIA

### Garanzia base

#### Art. 38 - Invalidità permanente per malattia

La Società corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'Assicurato che ha per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione stessa.

- CAPITALE ASSICURATO PER PERSONA FINO ETA' 80 euro 65.000,00
- CAPITALE ASSICURATO PER PERSONA OLTRE ETA' 80:
  - SE INVALIDITA' MAGGIORE 24% E MINORE 66% euro 5.000,00
  - SE INVALIDITA' MAGGIORE 66% euro 10.000,00

#### Art. 39 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata. Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti. In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.

Le invalidità permanenti per malattia già accertate e/o indennizzate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza e/o concorrenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibili alle invalidità già accertate.

Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata entro 360 giorni dalla prima diagnosi e non potrà essere oggetto di ulteriore valutazione dopo tale data, anche in caso di aggravamento. Entro tale termine la valutazione verrà effettuata anche indipendentemente dalla guarigione clinica.

Tuttavia, se la invalidità permanente per malattia indennizzata sia conseguente a una delle patologie sotto indicate:

- morbo di Parkinson
- Alzheimer
- malattie del motoneurone
- sclerosi multipla

potrà essere effettuata, a richiesta scritta dell'Assicurato, una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico della Società un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'Assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'Assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

**Art. 40 - Denuncia di sinistro, modalità di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per malattia e calcolo dell'indennizzo.**

Oltre a quanto indicato all'Art. 26 -"Denuncia del sinistro" è necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia;
- copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno;
- certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alle percentuali indicate nella tabella Invalidità permanente per la malattia allegata.

Nei casi non previsti nella tabella Invalidità permanente per malattia, la percentuale di invalidità viene accertata facendo riferimento alle tabelle allegate al D.P.R. N° 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL) senza tener conto delle modifiche successivamente intervenute alle tabelle. Infine se l'invalidità non fosse prevista nemmeno nella tabella INAIL si terrà conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione dichiarata in polizza.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle percentuali indicate nella tabella 1.

**Art. 41 - Massimo Indennizzo**

Il grado di invalidità permanente indennizzato non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il capitale Assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata contrattuale annuale per assicurato.

Pertanto, la somma degli importi indennizzati determinati da più malattie, non potrà superare nell'arco dell'intera durata contrattuale, il capitale Assicurato per ogni Assicurato.

Nel caso fosse corrisposto l'intero capitale Assicurato, cessa la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'Assicurato che ne ha usufruito. In tal caso, la Società si impegna, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza in corso, per le restanti garanzie.

**Art. 42 - Decesso anteriore al pagamento**

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e non trasmissibile. Tuttavia, se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo per invalidità permanente per malattia sia pagato, la Società liquida alla Contraente l'importo determinabile sulla base della documentazione acquisita prima dell'avvenuto decesso, consistente in tutta la documentazione di cui all'Art. 34.

**Qualora non sia stata presentata tale documentazione medica, non sarà corrisposto l'indennizzo agli eredi, non essendoci gli elementi necessari per determinare l'invalidità.**

TABELLA – INVALIDITA' PERMANENTE PER MALATTIA

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per malattia:

<b>Sistema Nervoso Centrale</b>		<b>VALUTAZIONE</b>
Tetraplegia		100%
Paraplegia		80%
Emiplegia completa		80%
Emiparesi		dal 30% al 50%
Afasia sensoriale completa		60%
Altre forme di afasia		dal 20% al 40%
<b>Epilessia secondaria con necessità di trattamento con crisi convulsive documentate:</b>		
- crisi saltuarie (massimo 2-4 / anno)		20%
- crisi rare (massimo 1/ mese)		dal 35% al 40%
- crisi frequenti (circa 4 / mese in terapia)		dal 50% al 60%
Emiparkinsonismo (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 15% al 50%
Parkinsonismo bilaterale (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 20% al 60%
<b>Apparato Neurosensoriale VALUTAZIONE</b>		
<b>Deficit visivi dopo correzione</b>		
- cecità monolaterale		35%
- cecità bilaterale		100%
- Emianopsia omonima		30%
- Emianopsia a quadrante		sotto franchigia
- Sordità monolaterale		15%
- Sordità bilaterale		60%
Emilaringectomia		30%
Laringectomia		60%
Pneumectomia (perdita di un polmone)		45%
Lobectomia polmonare		25%
Deficit respiratori secondari a patologie bronco-polmonari da valutare secondo gli indici di funzionalità respiratoria della seguente tabella:		
<b>PARAMETRI</b>	<b>% DEL VALORE TEORICO</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 70 maggiore di 70 maggiore di 80	fino al 24%
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 50 e minore di 70 maggiore di 40 e minore di 70 maggiore di 60 e minore di 80	dal 25% al 35%
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 33 e minore di 50 maggiore di 33 e minore di 40 maggiore di 40 e minore di 60	dal 36% al 65%
FVC* FEV1* DLCO*	minore di 33 minore di 33 minore di 40	oltre il 65%
<b>Apparato Digerente</b>		
<b>Sindromi funzionali gastroenteriche:</b>		
di media gravità		20%
di notevole gravità (significativa perdita di peso, disturbi di transito intestinale e dell'alvo, dolori, astenia necessità di trattamento dietetico e farmacologico)		dal 30% al 40%

Stenosi esofagea	dal 30% al 40%
Esiti di gastrectomia totale con marcati disturbi funzionali	50%
Esiti di gastroresezione per ulcera	20%
Esiti di emicolectomia	30%
Esiti di colectomia totale	40%
Ano iliaco	45%
Incontinenza fecale	50%
Esiti di lobectomia epatica	25%
Esiti di epatectomia allargata	45%
Epatite cronica attiva	25%
Epatite cronica a evoluzione cirrotica	40%
Cirrosi epatica conclamata	60%
Cirrosi epatica scompensata	66%
Pancreatite cronica senza diabete e senza insufficienza esocrina	40%
Pancreatite cronica con diabete e / insufficienza esocrina	60%
Esiti di pancreasectomia parziale	40%
Esiti di pancreasectomia totale	66%
<b>Apparato Cardiovascolare</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Angina da sforzo (documentata con test ergometrico)	dal 20% al 40%
Angina spontanea instabile nonostante la terapia	60%
Cardiopatía ischemica e/o post-infartuale a seconda della compromissione funzionale evidenziata dalle opportune indagini (cicloergometro, holter, ecocardiogramma, scintigrafia)	dal 20% al 66%
Aritmie ribelli	dal 40% al 60%
Protesi valvolari cardiache e dell'aorta toracica	30%
Protesi aorta addominale	25%
Esiti angioplastica coronarica	30%
Esiti di intervento di By-pass aorto-coronarico	35%
Applicazione di pace maker	30%
Aneurisma aorta toracica non operabile	50%
Aneurisma aorta addominale non operabile	50%
<b>Insufficienza cardiaca di riferimento anche per i casi diversi da quelli richiamati:</b>	
I CLASSE NYHA	fino al 20%
II CLASSE NYHA	40%
III CLASSE NYHA	60%
IV CLASSE NYHA	Oltre il 66%
<b>Apparato Urinario</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Perdita anatomica o funzionale di un rene	25%
Cistostomia	40%
Urostomia	40%
Incontinenza urinaria parziale	15%
Incontinenza urinaria totale	30%
Insufficienza renale cronica senza necessità di dialisi (in rapporto al grado di funzionalità residua)	dal 20% al 50%
Insufficienza renale cronica con necessità di dialisi (in rapporto al quadro clinico ed eventuali complicanze)	dal 51% al 66%
Uremia	Oltre il 66%

Esiti di trapianto renale (in relazione alle complicanze)	dal 25% al 50%
Esiti di cistectomia con deviazione esterna	50%
<b>Apparato Emopoietico</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Leucemia acuta	50%
Leucemia mieloide cronica	35%
Leucemia linfatica cronica (in relazione alla gravità)	dal 40% al 60%
Mieloma multiplo	60%
Linfoma non Hodgkin	60%
<b>Endocrinopatie</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Diabete non insulino dipendente senza complicanze d'organo	10%
Diabete insulino dipendente in buon compenso metabolico	20%
Diabete insulino dipendente instabile	40%
N.B. le complicanze d'organo di origine diabetica (nefropatie, neuropatie, e retinopatie) andranno valutate a parte come elemento concorrente del danno.	
Iposurrenalismo mal controllabile	dal 25% al 50%
Esiti di tiroidectomia totale	25%
<b>Malattie reumatiche autoimmuni</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Lupus eritematoso (LES) in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Artrite reumatoide in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Spondilite anchilopoietica gravemente deformante (in relazione alla gravità)	dal 20% al 50%

**\*Legenda**

FVC = Capacità vitale forzata

FEV1 = Volume espiratorio forzato in 1 secondo

DLCO = Capacità di diffusione polmonare dell'anidride carbonica

NYHA = New York Heart Association

**TABELLA N. 1 - INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA**

Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare	
	Sulla parte di somma assicurata fino a € 65.000,00	Sulla parte di somma assicurata fino a € 65.000,00
1-24	0	-
25	5	63
26	7	64
27	9	65
28	11	66
29	13	67
30	15	68
31	17	69
32	19	70
33	21	71
34	23	72
35	25	73
36	27	74

37	29	75	100
38	31	76	100
39	33	77	100
40	35	78	100
41	37	79	100
42	39	80	100
43	41	81	100
44	43	82	100
45	45	83	100
46	47	84	100
47	49	85	100
48	51	86	100
49	53	87	100
50	55	88	100
51	57	89	100
52	59	90	100
53	62	91	100
54	65	92	100
55	68	93	100
56	71	94	100
57	74	95	100
58	77	96	100
59	80	97	100
60	83	98	100
61	86	99	100
62	89	100	100

## **DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO**

### **GARANZIA BASE**

#### **Art. 43 - Diaria da ricovero per infortunio**

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

**La durata massima dei giorni indennizzabili è di 120 per evento e per anno assicurativo.**

**Per assicurati di età superiore agli ottanta anni la durata massima dei giorni indennizzabili è di 45 per evento e per anno assicurativo.**

#### **DIARIA ASSICURATA PER PERSONA:**

**euro 40,00 PER ASSICURATI FINO ETA' 80**

**euro 30,00 PER ASSICURATI OLTRE ETA' 80**

**In caso di degenza conseguente a un infortunio che comporta grande intervento chirurgico, come da tabella allegata, la diaria si intende raddoppiata.**

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

## **DIARIA DA RICOVERO PER MALATTIA**

### **Garanzia base**

#### **Art. 44 - Diaria da ricovero per malattia**

La Società corrisponde in caso di ricovero, per malattia dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

La durata massima dei giorni indennizzabili è di 120 per evento e per anno assicurativo.

Per assicurati di età superiore agli ottanta anni la durata massima dei giorni indennizzabili è di 45 per evento e per anno assicurativo.

#### **DIARIA ASSICURATA PER PERSONA:**

euro 40,00 PER ASSICURATI FINO ETA' 80

euro 30,00 PER ASSICURATI OLTRE ETA' 80

**In caso di degenza che comporta grande intervento chirurgico, come da tabella allegata, la diaria si intende raddoppiata.**

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

### **GARANZIE SPECIALI SULLA DIARIA DA RICOVERO INFORTUNIO E MALATTIA**

#### **Art. 45 - Day hospital**

(operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio, o con la garanzia diaria da ricovero per malattia).

**In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purchè risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.**

#### **Art. 46 - Diaria da convalescenza post ricovero**

(operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio e la garanzia diaria da ricovero per malattia con o senza intervento chirurgico).

**In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità di:**

#### **A) RICOVERO CON INTERVENTO**

**Euro 20,00 al giorno fino ad un massimo di 25 gg;**



## **B) RICOVERO SENZA INTERVENTO**

**Euro 15,00 al giorno fino ad un massimo di 20 gg.**

**La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.**

### **Art. 47 - Malattie terminali**

In caso di malattie terminali senza ricovero ospedaliero viene liquidata una diaria giornaliera di euro 40,00 per la durata massima di 60 gg per anno assicurativo.

### **Art. 48 - Decesso durante il ricovero**

In caso di decesso dell'assicurato durante il ricovero dovuto a intervento e/o malattia la Società liquida al Contraente l'importo di euro 1.000,00 a titolo concesso spese funerarie.

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

### **OCULISTICA**

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

#### CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

#### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della aorta carotide e della aorta vertebrale
- Decompressione della aorta vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

## UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

## TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

## CONTEGGIO DEL PREMIO

### Calcolo del premio

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei premi sottoriportati.

N. ASSICURATI PREVENTIVATO	PREMIO LORDO PROCAPITE PER ASSICURATO	PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO
<b>280</b>	<b>140,12</b>	<b>39.232,92</b>

PREMIO MINIMO LORDO DI POLIZZA	39.232,92
--------------------------------	-----------

### Scomposizione del premio annuale

	N. ASSICURATI PER EURO	PREMIO NETTO	IMPOSTE	TOTALE
Premio annuo settore infortuni	280 x 27,40	7.672,00	191,80	7.863,80
Premio annuo settore malattie	280 x 109,30	30.604,00	765,12	31.369,12

### Modalità di applicazione della regolazione premio

Al termine di ogni annualità assicurativa la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice di regolazione premio formalmente ritenuta corretta.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, assicurate, o qualsiasi altro dato variabile, per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai registri della Contraente.

**Clausola di raccordo**

Nel caso in cui, per motivi amministrativi, venissero emesse due separate polizza (infortuni e malattia) anziché un unico contratto si conviene che la polizza si intenderà comunque unica e, pertanto, l'eventuale disdetta o mancato rinnovo di una sola delle due polizze avrà effetto su entrambi i contratti, così come la denuncia di sinistro inoltrata su uno solo dei due contratti si intenderà automaticamente effettuata anche sull'altro numero di polizza escluso, fin da ora, qualsiasi pregiudizio al riguardo.

NOTA: La presente polizza è in sostituzione della n. 190.30.003382

La presente appendice, composta da n. 32 pagine, è fatta in Cremona il \_\_\_\_\_ e forma parte integrante della polizza a cui si riferisce.

Il Contraente/Assicurato

\_\_\_\_\_

Società Cattolica di Assicurazione

\_\_\_\_\_

## RIFERIMENTI DEL CODICE CIVILE

### **Art. 60 cod. civ. - Altri casi di dichiarazione di morte presunta**

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1. quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
2. quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
3. quando alcuno è scomparso per un incidente e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto (c. 61 – 63; nav. 206 ss., 837 s.)

### **Art. 62 cod. civ. - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta**

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso. (c. 49 ss.)

### **Art. 1892 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se lo avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono **causa di annullamento** del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

**Art. 1893 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma **l'Assicuratore può recedere** dal contratto stesso, mediante dichiarazioni da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

**Art. 1897 cod. civ. - Diminuzione del rischio**

Se il contraente comunica all'Assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'Assicuratore a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma **ha la facoltà di recedere** dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

**Art. 1898 cod. civ. - Aggravamento del rischio**

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. **L'Assicuratore può recedere dal contratto**, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

**Art. 1900 cod. civ. - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti**

L'Assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (c. 1917). L'Assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere (c. 2048, 2049; nav. 524).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana (cost. 2) o nella tutela degli interessi comuni all'Assicuratore (c. 1914 terzo comma; nav. 522 secondo comma).

**Art. 1901 cod. civ. - Mancato pagamento del premio**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa** fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

**Art. 1910 cod. civ. - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore.

**Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.** Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

**Art. 1912 cod. civ. - Terremoto, guerra, insurrezioni, tumulti popolari**

Salvo patto contrario, l'Assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

**Art. 1913 cod. civ. - Avviso all'Assicuratore in caso di sinistro**

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro 24 ore.

**Art. 1916 cod. civ. - Diritto di surrogazione dell'Assicuratore**

L'Assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'Assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

**Art. 2952 cod. civ. - Prescrizione in materia di assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento delle indennità.

La presente appendice, composta da n. 32 pagine, è fatta in Cremona il \_\_\_\_\_ e forma parte integrante della polizza a cui si riferisce.

Il Contraente/Assicurato

Società Cattolica di Assicurazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_