

DA RITORNARE FIRMATO



**REALE
MUTUA**

REALE GROUP

TOGETHER MORE

**ASSICURAZIONE COLLETTIVA
INFORTUNI**

S.I.C.P.R.E.

**Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva rigenerativa ed Estetica**

POLIZZA n. 2022 05 3014809

**ASSICURAZIONE COLLETTIVA
INFORTUNI**

CONTRAENTE

SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva rigenerativa ed Estetica

VIALE PASTEUR, 65 00144 – ROMA
C.F./P.I.: 97052470586

POLIZZA n. 2022 05 3014809

BROKER MAG S.P.A. (273)
EFFETTO h 24:00 01/04/2022 **SCADENZA** h 24:00 01/10/2025
PRIMA SCADENZA h 24:00 01/10/2022
TACITO RINNOVO SI **FRAZIONAMENTO** ANNUALE
REGOLAZIONE PREMIO NO **COASSICURAZIONE** NO

RATA ALLA FIRMA	PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	PREMIO DI RATA
	=	=	=	=	=
RATE SUCCESSIVE	PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	PREMIO DI RATA
	=	=	=	=	=

SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva ed Estetica
C.F. 97052470586

La Società
Soc. REALE MUTUA di ASS. NI
ROMA GERENZA

Il premio è stato incassato alle ore _____ di oggi _____
In _____
L'Esattore _____

S O M M A R I O

A. DEFINIZIONI

B. NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

- I. OGGETTO DELLA CONVENZIONE
- II. DOCUMENTAZIONE PER GLI ASSICURATI
- III. DECORRENZA E DURATA DELLA CONVENZIONE
- IV. PROROGA DELLA CONVENZIONE
- V. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

C. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
2. ALTRE ASSICURAZIONI
3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
5. DIMINUZIONE DEL RISCHIO
6. ONERI FISCALI
7. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

D. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

8. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
9. SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI
10. PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO, DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA - PROROGA DELL'ADESIONE
11. OCCASIONI DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO
12. RISCHIO VOLO
13. MASSIMALE CATASTROFALE
14. ESCLUSIONI
15. LIMITE DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI
16. ESTENSIONE TERRITORIALE
17. MORTE
18. MORTE PRESUNTA
19. INVALIDITÀ PERMANENTE
20. SOPRAVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE
21. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE
22. ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE
23. RIMBORSO SPESE SANITARIE
24. MINORAZIONI PREESISTENTI
25. DENUNCIA DEL SINISTRO
26. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE
27. RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA
28. VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE
29. CLAUSOLA BROKER

E. ESTENSIONI DI GARANZIA

- A. DIARIA DA RICOVERO
- B. DIARIA DA INGESSATURA
- C. CONTAGIO DA HIV ED EPATITE B E C

A. DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

ASSICURATO/ADERENTE	Ciascun professionista iscritto al relativo ordine professionale e membro dell'associazione Contraente, esercente l' attività di medico specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva - rigenerativa ed Estetica , il quale abbia aderito alla presente polizza, tramite la sottoscrizione del modulo di adesione, che costituisce proposta irrevocabile di contratto, sulla base di quanto previsto dall'art. 1329 C.C., previo pagamento del relativo premio all'atto dell'adesione e dei singoli rinnovi.
ASSICURAZIONE	La garanzia o il complesso delle garanzie previste in polizza
CONTRAENTE	SICPRE – Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva - rigenerativa ed Estetica
BROKER	MAG SPA (RUI B000400942) Sede legale: Via delle Tre Madonne, 12 – 00197 Roma
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	Il singolo documento contenente i dati di ogni assicurato e della relativa copertura assicurativa.
CONVENZIONE ASSICURATIVA	Il contratto stipulato tra la Società ed il Contraente che sottoscrive nell'interesse dei propri associati.
FRANCHIGIA	La parte del danno indennizzabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE	La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.
MODULO DI ADESIONE	Il documento contrattuale che costituisce prova della volontà dell'Assicurato di aderire alla presente Polizza Collettiva.
POLIZZA	Il documento che prova la convenzione assicurativa.
PERIODO ASSICURATIVO	Periodo di validità della polizza.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
SOCIETÀ	La Società REALE MUTUA di ASSICURAZIONI con sede legale in Via Corte d'Appello, 11 - 10122 TORINO



B. NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

I. Oggetto della Convenzione

Con il presente contratto SICPRE Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva - rigenerativa ed Estetica, di seguito anche Contraente, stipula una polizza collettiva con la Società Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia Infortuni, a cui possono accedere i propri associati, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

Alla polizza avrà facoltà di aderire ciascun socio della Contraente mediante sottoscrizione di Modulo di Adesione secondo le modalità di seguito indicate.

Nel caso di adesione il rapporto tra l'Aderente/Assicurato e la Società è regolato dal presente Contratto, di seguito Polizza.

Resta inteso che l'Assicurato, in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che egli dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente Polizza, risponderà unicamente alla Società, la quale potrà opporgli tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Polizza.

II. Documentazione per gli Assicurati

Ad ogni Aderente/Assicurato che aderirà alla presente Polizza, il Contraente fornirà o renderà disponibili il set informativo composto dalle Condizioni Generali di Assicurazione comprensivo del Glossario dei termini, DIP e DIP AGGIUNTIVO, l'informativa per la protezione dei dati personali (Privacy), il Modulo di Adesione.

Il mancato adempimento di tale obbligo comporterà responsabilità diretta del Contraente per eventuali indennizzi corrisposti.

III. Decorrenza e durata della convenzione

Si conviene espressamente fra le parti che la presente Convenzione Assicurativa è stipulata **per la durata di ANNI TRE oltre rateo iniziale, con decorrenza dalle ore 24,00 del 01.04.2022 alle ore 24,00 del 01.10.2025.**

IV. Proroga della convenzione

In mancanza di disdetta data dalla Società con lettera RACCOMANDATA A.R. o P.E.C. con preavviso non inferiore a 90 giorni prima della scadenza finale (01.10.2025) o dal Contraente nei termini di legge (preavviso minimo 90 gg), la convenzione è rinnovata per una durata pari ad un triennio, e così successivamente.

V. Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, la Società potrà recedere dalla Convenzione Assicurativa.

Il recesso sarà efficace dalla scadenza dell'annualità assicurativa in corso, a condizione che sia inviato alla Contraente entro 90 giorni prima della scadenza stessa.

La comunicazione di recesso dovrà essere inviata al mezzo lettera raccomandata A.R. o P.E.C. inviata sia alla Contraente che al Broker.



C. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Aderente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

2) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato sono dispensati dall'obbligo esonerati di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, tuttavia, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori e può chiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

3) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

4) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Aderente/Assicurato, deve dare comunicazione scritto alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

5) DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

6) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente/Assicurato

7) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.



D. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

8) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, alle condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati nell'art. 9) che segue, al verificarsi di un infortunio - anche se dovuto a colpa grave oppure a stato di malore o di incoscienza - che l'Assicurato abbia a subire nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dal Contraente nella scheda di Polizza compreso l'Infortunio "in itinere", o nello svolgimento dell'attività familiare, di vita di relazione e del tempo libero, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati Infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento od il congelamento;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- i) le ernie addominali traumatiche, con esclusione di ogni altro tipo di ernia come previsto dal successivo art. 30.

È compreso altresì l'infortunio verificatosi in occasione di tumulti popolari o atti di terrorismo, salvo quanto previsto al successivo art. 14) "Esclusioni", a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

9) SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI

Le garanzie assicurative vengono prestate per le seguenti combinazioni alternative:

COMBINAZIONE	"A"	"B"
1. MORTE	500.000,00	1.000.000,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	500.000,00	1.000.000,00
3. DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO franchigia 3 gg	50,00	100,00
4. DIARIA GIORNALIERA DA INGESSATURA franchigia 10 gg	50,00	100,00
5. Contagio da H.I.V. / EPATITE "B" e "C"	50.000,00	100.000,00
PREMIO ANNUO LORDO	€ 560,00	€ 1.100,00

Per le adesioni effettuate:

- ✓ dal 01.10 al 01.04 il premio è determinato in base al 100% del premio annuo lordo
- ✓ dopo l'01.04 il premio è determinato in base al 50% del premio annuo lordo.

Le somme assicurate di cui ai punti 1./2./5. devono intendersi come massima esposizione della Società per ogni singolo aderente/assicurato, per uno o più sinistri accaduti nella stessa annualità assicurativa o periodo inferiore



10) PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO, DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA – PROROGA DELL'ADESIONE

1. Sono assicurati tutti i medici iscritti alla SICPRE che abbiano compilato il modulo di adesione - con indicazione della combinazione di somme assicurate prescelta - e pagato il relativo premio.
2. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul modulo di adesione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Tenuto conto che la scadenza annuale della convenzione è l'01.10 di ogni anno – fermo quanto indicato al punto 9 relativamente alla determinazione dei premi da corrisondersi – onde allineare tutte le adesioni a tale data dell'01.10, ciascuna adesione avrà durata iniziale di un anno oltre rateo fino all'01.10 successivo, dopodiché avrà durata annuale con scadenza, quindi, all'01.10 di ciascun anno. In parziale deroga di quanto stabilito dal secondo comma dell'art. 1901 del Codice Civile, se alle scadenze convenute l'Aderente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.
3. In mancanza di disdetta, da inviare entro 60 giorni dalla scadenza, la singola adesione è prorogata per la durata di un anno e così ad ogni successiva scadenza.
4. Entro il giorno 5 di ciascun mese il Broker s'impegna a trasmettere alla Società l'elenco delle nuove adesioni e dei rinnovi relative al mese precedente. Tale elenco dovrà contenere i dati identificativi indicati nel modulo di adesione, la decorrenza della garanzia e la data del versamento del premio da parte dell'aderente. L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del premio da parte dell'Aderente. Entro il 10° giorno del mese successivo a quello di trasmissione dell'elenco di cui ai punti che precedono, il Broker dovrà a versare alla Società i premi incassati al netto delle sue competenze.
5. La Società autorizza il broker all'invio, ad ogni singolo Assicurato che aderisce alla convenzione, del certificato di assicurazione come da fac-simile allegato. (ALLEGATO N. 1).

11) OCCASIONE DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO

La garanzia è operante 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 dell'ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di S. Marino, dello Stato del Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva. **La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.**

12) RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

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

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

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

13) MASSIMALE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di euro 10.000.000,00 (EURODIECIMILIONI_00).

Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.



14) ESCLUSIONI

Restano esclusi dalla garanzia gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni ed alle relative prove;
- c) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultra leggeri, parapendio, salvo quanto previsto dall'art. 12), nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
- d) pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, free climbing (arrampicata libera), canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, sci estremo;
- e) pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- f) partecipazione a corse o gare -e relative prove ed allenamenti- ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e di arti marziali organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi simili o patrocinate dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali o interaziendali;
- g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- h) guida di mezzi di locomozione in stato di ubriachezza
- i) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- j) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 11), contaminazione nucleare, biologica o chimica a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.
Per contaminazione si intende l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche che provochino infermità o morte.
Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona od un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o in collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o di intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;
- k) trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza di Infortunio.

15) LIMITE DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso dell'annualità assicurativa la garanzia mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Se la Società incassa premi scaduti successivamente è tenuta – su richiesta dell'Assicurato- a restituirglieli. Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

16) ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia ha effetto per il mondo intero.

17) MORTE

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta se la morte stessa si verifichi - anche successivamente alla scadenza di Polizza - entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Tale somma viene corrisposta ai beneficiari designati o, in difetto di tale designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.



La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di detto Indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato –se superiore- e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

18) MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (art. 60 n. 3 e 62 C.C.) mentre, in caso di affondamento o naufragio, oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (artt. 211 e 838 C.N.).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o comunque non lo era a seguito di Infortunio Indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

19) INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il diritto a tale indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le percentuali della tabella di cui alla lettera a) che segue e le disposizioni di cui alle successive lettere b) e c).

a) Tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni su/ Lavoro del 30-6-65 n. 1124 – INAIL

PERDITA TOTALE	DESTRO	SINISTRO
✓ di un arto superiore	85%	75%
✓ di un avambraccio	75%	65%
✓ di una mano	70%	60%
✓ di un arto inferiore sopra il ginocchio	65%	
✓ di un arto inferiore all'altezza o sotto il ginocchio	50%	
✓ di un piede	50%	
✓ del pollice	28%	23%
✓ dell'indice	15%	13%
✓ del mignolo	12%	
✓ del medio	12%	
✓ dell'anulare	8%	
✓ dell'alluce	7%	
✓ di ogni altro dito del piede	3%	
✓ della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
✓ della facoltà visiva di un occhio	35%	
✓ della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
✓ della capacità uditiva di un orecchio	15%	



b) Condizioni di valutazione

In caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti la valutazione viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi non specificati la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata, con riferimento alle percentuali previste dalla suindicata tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni sul Lavoro, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

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

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge predetta, ma con applicazione, per la determinazione dell'Indennizzo, dei criteri di liquidazione e della Franchigia indicati all'art. 21) che segue.

20) SOPRAVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 19) che precede le percentuali di invalidità permanente, fermo il limite della somma assicurata, vengono così modificate:

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE:	DESTRO	SINISTRO
del braccio o della mano	100%	100%
del pollice	60%	60%
della falange del pollice	40%	40%
dell'indice	60%	60%
della falange dell'indice	40%	40%
del medio	30%	30%
della falange del medio	20%	20%
dell'anulare	15%	15%
del mignolo	15%	15%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%	80%
della facoltà visiva di un occhio	100%	
della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%	
della facoltà auditiva di un orecchio	20%	

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini la minorazione o la perdita parziale e quindi non totale, anatomica o funzionale degli organi o degli arti suindicati, restano confermate le percentuali e le disposizioni previste all'art. 19).

21) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Sull'intera somma assicurata se l'invalidità permanente definitiva:

- è di grado non superiore al 5% (CINQUE PER CENTO) della totale non si dà luogo ad indennizzo;
- supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva accertata di grado superiore al 30% (trenta per cento) della totale, non si applica la suddetta franchigia.



In caso di invalidità permanente definitiva accertata di grado superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, verrà liquidato l'intero capitale assicurato.

22) ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE

Fermo quanto previsto dall'articolo successivo, la garanzia comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie addominali traumatiche, **con l'intesa che, qualora:**

- **l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo**
- **l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un Indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
- **insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo art. 26).**

23) RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di cure mediche da parte dell'Aderente/Assicurato, la Società effettua il rimborso delle relative spese sanitarie sostenute dall'Aderente/Assicurato stesso, purché pertinenti all'evento e **fino a concorrenza di € 20.000,00 per sinistro e per anno assicurativo:**

- per prestazioni mediche e infermieristiche; esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per rette di degenza in caso di ricovero;
- per onorari per l'équipe chirurgica;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- noleggio o acquisto di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

La Società rimborsa altresì il trasporto sanitario - per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'istituto di cura o da un istituto di cura all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

Le spese del presente articolo sono rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20% - con il minimo di € 75,00 per ogni infortunio - resta a carico dell'Aderente/Assicurato.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto e relativo minimo.

24) MINORAZIONI PREESISTENTI

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti.

25) DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker e/o alla Società, entro quindici giorni dall'infortunio.

Gli aventi diritto, in caso di morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro tre giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

26) CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, 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 nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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



Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazioni dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

27) RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio.

28) VALIDITÀ 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.

29) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio assicurativo **MAG SPA (273)** RUI B000400942 Sede legale Via delle Tre Madonne, 12 – 00197 Roma, e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con l'Impresa Società Reale Mutua di Assicurazione.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Per quanto concerne l'incasso premi di polizza il pagamento sarà effettuato dall'Aderente direttamente al Broker, il quale provvederà al successivo versamento alla Società.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D.Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.



E. ESTENSIONI DI GARANZIA

A. DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde la diaria indicata nel certificato di assicurazione per ogni pernottamento in caso di ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza per un periodo non superiore a 365 giorni per sinistro.

Per il pagamento dell'indennizzo si tiene conto del numero dei giorni di ricovero che abbiano previsto pernottamento.

Si conviene espressamente che la diaria sarà conteggiata dal 4° giorno successivo al ricovero.

B. DIARIA DA INGESSATURA

Premesso che per ingessatura s'intende l'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni – esclusi comunque quelli sotto elencati – di materiale vario che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali, purché clinicamente diagnosticate con l'ausilio di radiografie, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) in artroscopia. **Non sono, comunque, considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:**

- a) le fasce elastiche in genere;
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili);
- d) i collari di Schanz, Colombani o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lett. a) – b) – c) – d)

Ciò premesso, se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di applicare un'ingessatura, la Società corrisponde la diaria indicata nel certificato di assicurazione per ciascun giorno in cui l'Aderente/Assicurato sia portatore dell'ingessatura – tanto in regime di ricovero che fuori – **ma per la durata massima per ogni evento di 60 giorni, anche se non consecutivi, purché entro 1 anno dalla data dell'infortunio.**

Qualora l'ingessatura consista nell'applicazione di una cosiddetta "stecca digitale di Zimmer", l'indennità giornaliera viene corrisposta – fino alla rimozione della "stecca" – **ma per un massimo di 10 giorni per ogni evento – in misura pari al 50% di quella garantita per il caso di ingessatura. L'indennizzo per ingessatura è cumulabile con ogni altro indennizzo**

Si conviene espressamente che la diaria sarà conteggiata dall'11° giorno successivo all'applicazione dell'ingessatura.



C. CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V. E DA VIRUS DELL'EPATITE B e C

CONDIZIONI PARTICOLARI CONTAGIO ACCIDENTALE VIRUS H.I.V.

A deroga ed integrazione delle condizioni generali di assicurazione si conviene che, nel testo che segue, si intendono per:

Sinistro: l'evento dannoso accidentale verificatosi per il quale è prestata l'assicurazione;
Contagio: l'evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, una infezione da virus H.I.V. clinicamente accertabile.

A deroga delle condizioni generali di assicurazione si conviene quanto segue:

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

La copertura vale altresì per le conseguenze derivanti da contagio da virus H.I.V., come precedentemente definito, purché avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di detto contagio la Società corrisponde, a titolo di indennizzo, la somma assicurata indicata al successivo art.3 secondo gli accertamenti previsti dall'art. 4.

Art. 2 Persone non Assicurabili

Non sono assicurabili, e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

Art. 3 Somma Assicurata

In caso di sieropositività accertata secondo le modalità in seguito precisate, la Società corrisponde all'Assicurato, a titolo di indennizzo, la somma nella tabella di cui al punto 9 delle Condizioni Generali di assicurazione per tale garanzia.

Art. 4 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a causa di un evento accidentale avvenuto durante lo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma, telex o fax.

È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dal Contraente o diversamente dall'Ente presso il quale si è verificato il sinistro. Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Le spese relative agli accertamenti clinici di cui sopra saranno interamente rimborsati dalla Società solo in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza diversamente dette spese rimarranno a carico dell'Assicurato-

Art. 5 Criteri di indennizzabilità

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità delle garanzie pena decadenza della stessa in caso di inadempimento con conseguente perdita del diritto all'indennizzo.

Fermo restando quanto premesso la Società, in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto al precedente art. 3.



CONDIZIONI PARTICOLARI CONTAGIO ACCIDENTALE VIRUS EPATITE B e C

A deroga delle condizioni generali di polizza si conviene quanto segue:

Art. 6) Oggetto dell'assicurazione

La garanzia si intende estesa al rischio di contagio da virus dell'EPATITE B e C, nel limite della somma indicata nella presente appendice per tale garanzia. Il contagio da Epatite b e c deve essere avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.

Art. 7) Denuncia di sinistro ed obblighi relativi - Criteri di indennizzabilità

Sono confermati i termini previsti dall'art. 4 e 5. delle "condizioni particolari infezione da virus H.I.V. in conseguenza di contagio accidentale", alle cui modalità ci si riferisce anche per il seguente articolo (denuncia alla Società del sinistro entro 3 giorni, accertamenti diagnostici entro 6 giorni per il primo test e 180 per il secondo test).

Qualora il primo test per l'epatite risultasse positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; viceversa, se fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi al secondo test; **se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:**

- se l'EPATITE è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;
- se l'EPATITE è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

a) Valutazione del grado di Invalidità Permanente

Il grado di Invalidità viene valutato - non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia - secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n: 1124.

La valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.



b) Tabella di liquidazione dell'Indennizzo

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità è inferiore al 25% della totale;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 ed oltre	100
64	67		

- 3) Il diritto indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida agli eredi il relativo importo.

SICPRE
IL CONTRAENTE
Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva ed Estetica
C.F. 97052470586

LA SOCIETÀ
Soc. REALE MUTUA di ASS.NI
ROMA GERENZA

Agli effetti dell'art. 1341 CC il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano la Convenzione:

- III. DECORRENZA E DURATA DELLA CONVENZIONE
- IV. PROROGA DELLA COVENZIONE
- V. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva ed Estetica
C.F. 97052470586



