

DISPOSIZIONI REGOLAMENTARI DI CUI AGLI ARTT. 12 E 21 DELL'ACCORDO ECONOMICO 16 NOVEMBRE 1988 PER LA DISCIPLINA DEL RAPPORTO DI AGENZIA E RAPPRESENTANZA COMMERCIALE

Il giorno 16 novembre 1988, in Roma,

tra le stesse parti stipulanti che hanno sottoscritto in data odierna l'accordo che rinnova l'accordo economico collettivo 19 dicembre 1979;

si è stipulato il presente accordo per provvedere alla redazione delle disposizioni regolamentari di cui agli articoli 12 e 21 dell'accordo economico 16 novembre 1988 in sostituzione del regolamento stipulato con accordo del 19 dicembre 1979.

Le seguenti disposizioni regolamentari hanno la stessa decorrenza e durata dell'accordo economico collettivo del 16 novembre 1988.

I - Disposizioni regolamentari per l'accantonamento dell'indennità per lo scioglimento del contratto di agenzia o rappresentanza commerciale.

Art. 1.

L'accantonamento dell'indennità dovuta a norma dell'art. 10 dell'accordo economico collettivo del 16 novembre 1988 in caso di scioglimento del contratto di agenzia o rappresentanza commerciale verrà effettuato in costanza di rapporto presso il «Fondo per la risoluzione del rapporto», gestito dall'ENASARCO. Sull'ammontare delle somme versate dalle ditte l'Ente riconoscerà alle ditte medesime l'interesse annuo del 4 per cento.

Il Fondo provvede alla erogazione agli agenti o rappresentanti dell'indennità per la risoluzione del rapporto.

Art. 2.

Le ditte tenute all'applicazione dell'accordo del 16 novembre 1988 hanno l'obbligo di iscrivere i propri agenti o rappresentanti al Fondo entro tre mesi dall'inizio del rapporto di agenzia o rappresentanza, comunicando la data di inizio del rapporto stesso e le generalità dell'agente o rappresentante opportunamente documentate da certificati anagrafici, forniti dall'interessato, ed il relativo domicilio, specificando, quando l'agente o rappresentante sia una società per azioni, o in accomandita per azioni, o a responsabilità limitata, la denominazione di essa.

Le ditte sono tenute a comunicare la variazione del domicilio ed dati anagrafici dell'agente o rappresentante in base ai documenti forniti dall'interessato.

Nel caso in cui l'agente o rappresentante sia una Associazione di fatto, una Società semplice, collettiva o in accomandita semplice, l'iscrizione di essa all'Ente deve essere effettuata dalla ditta mentre i dati relativi ai singoli soci e la

precisazione delle percentuali dei versamenti da accreditare ad ognuno di essi debbono essere forniti a cura della Società agente o rappresentante.

I soci delle Società indicate nel comma precedente possono esercitare individualmente i diritti derivanti dall'iscrizione all'Ente, che darà comunicazione alla Società a cui l'interessato partecipa di tutti i provvedimenti adottati.

Le ditte comunicheranno all'Ente la cessazione del rapporto di agenzia o rappresentanza entro un mese dalla cessazione stessa.

Art. 3.

Le somme dovute per l'indennità per la risoluzione del rapporto sulle provvigioni liquidate nel corso di ogni anno solare (10 gennaio - 31 dicembre) saranno trasmesse al Fondo entro il 31 marzo successivo.

Nel caso di inizio o cessazione del rapporto nel corso dell'anno solare gli scaglioni di cui all'art. 10 dell'accordo del 16 novembre 1988 saranno ridotti in proporzione ai mesi di durata del rapporto nell'anno solare stesso.

I versamenti dovranno essere accompagnati con una distinta da cui risulti chiaramente la causale del versamento riferita a ciascun agente o rappresentante.

Qualora il versamento sia effettuato con vaglia postale o sul conto corrente postale dell'ENASARCO, debbono essere riportati sulla distinta gli estremi del bollettino postale.

La ricevuta dei versamenti viene rilasciata direttamente dall'Ente, a meno che essi non siano effettuati per vaglia postale o sul conto corrente postale dell'Ente stesso, nel qual caso le relative ricevute tengono luogo di quelle dell'Ente.

Gli obblighi derivanti all'Ente per effetto del versamento sorgono dalla data di ricezione dei singoli versamenti.

Il versamento al Fondo delle somme dovute esaurisce gli obblighi posti a carico delle ditte dall'art. 10 dell'accordo economico collettivo del 16 novembre 1988.

Art. 4.

Le ditte che omettono l'iscrizione dei propri agenti o rappresentanti a norma del precedente art. 2 rimangono responsabili dei versamenti relativi alle provvigioni liquidate dall'inizio del rapporto fino alla data di iscrizione dell'agente o rappresentante all'Ente, gravati degli interessi di mora in misura pari al doppio del tasso ufficiale di sconto, ma comunque non superiore al 20% annuo.

Sono altresì tenute alla corresponsione degli interessi di mora in misura pari a quella suddetta le ditte che effettuino il versamento oltre il termine previsto dal precedente art. 3.

La corresponsione degli interessi decorre dalla data in cui le somme avrebbero dovuto essere versate e viene effettuata su richiesta dell'Ente.

E' tuttavia in facoltà dell'Ente di dispensare dal pagamento degli interessi di mora quando la mancata tempestiva iscrizione degli agenti o rappresentanti e il ritardo nel versamento dipenda obiettivamente da causa non imputabile alle ditte.

Art. 5.

L'ente istituisce nella gestione «Indennità per la risoluzione del rapporto» per ciascun agente o rappresentante conti individuali in cui annota i versamenti effettuati dalle ditte sotto la data della avvenuta ricezione di essi.

Su detti conti individuali devono essere annotati gli accreditamenti derivanti dall'attribuzione annuale degli utili netti della gestione o da altre cause, nonché gli eventuali addebiti posti a carico dell'agente o rappresentante. Su tali conti verranno altresì accreditati gli interessi del 4% di cui all'art. 1, dedotta la quota utilizzata dall'Ente per la copertura delle spese di stipulazione e gestione della polizza assicurativa per infortunio e ricovero ospedaliero, di cui all'art. 12 dell'accordo economico collettivo.

Gli utili netti di cui al comma precedente verranno ripartiti sui singoli conti individuali in misura percentuale pari all'incidenza dell'utile stesso sull'importo complessivo dei singoli conti individuali risultante al 31 dicembre dell'anno precedente.

Art. 6.

L'Ente, all'atto della istituzione del primo conto di ciascun agente o rappresentante, rilascia all'interessato un certificato di iscrizione.

Nel trimestre successivo alla data di approvazione del bilancio consuntivo di ciascun esercizio finanziario, l'Ente trasmette a ciascun iscritto un riepilogo dei conti ad esso intestati nella gestione «Indennità per la risoluzione del rapporto» da cui risultino, in relazione a ciascuna ditta mandante, i versamenti accreditati alla data di chiusura dell'esercizio stesso, comprensivi degli utili e degli interessi accreditati, ai sensi del precedente art. 3.

Entro la stessa data l'Ente provvederà ad inviare alle ditte un estratto conto delle somme versate per l'indennità di risoluzione del rapporto ed a comunicare l'ammontare degli interessi di cui al precedente art. 1, di spettanza delle case mandanti, ma accreditati sui conti individuali degli agenti e rappresentanti.

Trascorsi tre mesi dall'invio del riepilogo, ove non pervengano reclami, esso si intende approvato dagli interessati.

Art. 7.

Le somme disponibili nel Fondo indennità risoluzione rapporto a seguito degli accantonamenti effettuati dalle case mandanti in applicazione della presente

normativa verranno impiegate secondo piani di investimento deliberati annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'ENASARCO, sentito il parere di un Comitato paritetico formato dai rappresentanti delle Organizzazioni congiuntamente stipulanti il presente accordo economico collettivo.

Le forme di impiego sono le seguenti:

- a) titoli di Stato o garantiti dallo Stato;
- b) annualità dovute dallo Stato;
- c) cartelle o titoli equiparati emessi dagli istituti esercenti il credito fondiario;
- d) depositi fruttiferi presso Istituti di credito di notoria solidità;
- e) mutui a Istituti per le case popolari e alle cooperative edilizie sovvenzionate dallo Stato, mutui a cooperative edilizie di iscritti all'Ente;
- f) beni immobili, liberamente disponibili;
- g) mutui ipotecari.

Gli investimenti diversi dall'acquisto di titoli di Stato devono in ogni caso garantire un utile superiore a quello che si ricaverebbe dall'acquisto di essi.

In ogni caso deve essere destinata a depositi sui conti di cui al punto d), la percentuale dei fondi di ciascun anno ritenuta necessaria, dal Consiglio di amministrazione, per assicurare in ogni momento la disponibilità delle somme per le liquidazioni spettanti agli agenti.

II - Disposizioni regolamentari per la stipulazione della polizza assicurativa di infortunio e ricoveri ospedalieri.

In relazione a quanto stabilito dall'art. 12 dell'accordo economico collettivo, valgono le seguenti disposizioni regolamentari per la stipulazione della polizza assicurativa da parte dell'ENASARCO.

1) Persone assicurate

Si intendono comprese nell'assicurazione tutte le persone che, operando in forma individuale, abbiano un mandato di agenzia o di rappresentanza commerciale, senza alcuna limitazione di anzianità e cioè dal momento in cui viene conferito il mandato, ma con le limitazioni previste dalle condizioni generali di assicurazione.

Sono altresì ricompresi nell'assicurazione gli agenti soci illimitatamente responsabili delle società di persone (s.n.c. e s.a.s.), che abbiano per oggetto esclusivo l'esercizio dell'attività di agenzia e rappresentanza commerciale.

2) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione copre i seguenti rischi derivanti da infortunio professionale ed extra professionale:

- a) in caso di morte: liquidazione di L. 63 milioni;
- b) in caso di invalidità permanente totale o comunque superiore all'80%: liquidazione di L. 80 milioni.

Nel caso b) il capitale sarà proporzionalmente ridotto in relazione alla percentuale d'invalidità riconosciuta secondo la tabella INAIL ed a partire da un minimo del 7%.

L'assicurazione, inoltre, garantisce la corresponsione di una diaria giornaliera di L. 23.000 per 60 giorni per anno assicurativo, nei casi di ricovero ospedaliero (sia in cliniche pubbliche che private) dovuto ad infortunio, a malattia o ad accertamenti diagnostici, seguito o non da intervento, nonché in caso di degenza domiciliare successiva a ricovero, per intervento chirurgico o per infortunio, che abbia comportato l'applicazione di gessatura, senza alcun periodo di franchigia, fatta comunque salva la decorrenza iniziale della copertura assicurativa per la diaria stessa.

Per la definizione degli eventi coperti da assicurazione e per la regolamentazione del rapporto assicurativo, vale quanto disposto dalle condizioni particolari, di cui allo schema di polizza allegato al presente regolamento.

3) Adempimenti delle parti

La casa mandante, entro tre mesi dall'instaurazione del rapporto, secondo quanto disposto dall'art. 14 dell'accordo economico collettivo nonché dall'art. 2 delle presenti disposizioni regolamentari, provvederà alla iscrizione dell'agente all'ENASARCO.

In caso di evento indennizzabile l'agente o chi per lui provvederà direttamente, nei confronti dell'ENASARCO e/o dell'impresa assicuratrice, alle incombenze dallo stesso dettate e comunicategli per il conseguimento delle prestazioni assicurative.

4) Cumulabilità

Le garanzie prestate in forza della polizza di cui al presente regolamento sono indipendenti da qualsiasi altra assicurazione. In particolare, è escluso il diritto di rivalsa dell'impresa assicuratrice, nel caso di indennizzo dovuto da parte di terzi all'agente o rappresentante assicurato.

5) Finanziamento

Tutti gli oneri sostenuti dall'ENASARCO per la stipulazione e la gestione della polizza restano a carico delle case mandanti e sono coperti mediante l'utilizzo di una parte dell'interesse del 4% spettante alle case mandanti sugli accantonamenti al FIRR.

SCHEMA DI POLIZZA TIPO - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. - Definizione di infortunio.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate dal Contraente e nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati infortuni dovuti a causa fortuita violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano con conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Art. 2. - Delimitazione dell'assicurazione.

L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida ed uso di motoveicoli azionati di cilindrata superiore a 50 cmc;
- b) dalla guida di veicoli a motore che non siano autovetture ad uso privato;
- c) dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- d) dall'esercizio dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, caccia a cavallo, polo, pelota, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, sci con salti dal trampolino, guidoslitta, calcio, rugby, baseball, caccia (o pesca) subacquea, idrosci, speleologia, ascensioni aeree, volo a motore ed a vela, paracadutismo, giochi ed attività sportive speciali;
- e) dalla partecipazione a corse o gare ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma, tennis.

Sono pure esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari; da aggressioni, od atti violenti, che abbiano movente politico; da movimenti tellurici, ed eruzioni vulcaniche; da influenze termiche od atmosferiche;
- b) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, di malore o di incoscienza da qualunque causa determinati e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, imprudenze o negligenze gravi nonchè di partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) gli infortuni dovuti ad ingestione od assorbimento di sostanze, le ernie, le conseguenze di sforzi muscolari, il carbonchio, la malaria od altre manifestazioni morbose causate da punture di insetti, gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'articolo 1, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio e delle pratiche riguardanti la cura della propria persona.

Art. 3. - Persone non assicurabili.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 70 anni e cessa dalla prossima scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

Non sono assicurabili le persone colpite da apoplezia od affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, cocainismo, morfinismo, oppiomania, diabete o da altre infermità gravi e permanenti e l'assicurazione cessa col manifestarsi di una di queste malattie.

Le persone con difetti fisici o mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

Art. 4. - Limiti territoriali.

L'assicurazione vale per l'Europa e per i territori degli Stati africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero entro una fascia costiera di 50 km.

Vale anche durante i viaggi marittimi su navi in servizio regolare per passeggeri, effettuati fra i porti europei e fra questi e i porti africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero.

Art. 5. - Prova del contratto - Validità delle variazioni

La proposta scritta diretta dalla Società e la polizza firmata dalla Società stessa per mezzo delle persone all'uopo autorizzate e dal Contraente sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti come sopra.

Art. 6. - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione e periodo di assicurazione.

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi e gli accessori stabiliti nella polizza medesima. L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio del Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengano pagate contro rilascio di regolari quietanze emesse dalla Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e gli accessori sono stati pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 7. - Variazioni nella persona del Contraente.

Il Contraente stipula per sè e per i suoi eredi i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione della eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività delle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della Società contraente il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopraindicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 8. - Variazioni nelle mansioni delle persone assicurate.

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle mansioni professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali dette mansioni sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che importi un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.

Art. 9. - Variazioni nelle persone assicurate.

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 10. - Altre assicurazioni.

Prima di stipulare altre assicurazioni per le stesse persone o categorie di persone assicurate con la presente polizza, il Contraente deve darne comunicazione scritta alla Società sotto pena di decadenza. Questa entro quindici giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto, dandone avviso al Contraente.

Art. 11 . - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare a periodi non superiori a quindici giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari.

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

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia e agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 12. - Criteri di indennizzabilità.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico,

l'indennità per malattia permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 15.

Art. 13. - Prova.

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto in termini di polizza.

Art. 14. - Morte.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi nonchè, se già non compreso tra gli eredi, al coniuge non legalmente separato al momento della morte dell'Assicurato.

Art. 15. - Invalidità permanente.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo secondo le disposizioni e percentuali seguenti una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta.

destro sinistro

Per la perdita totale di un arto superiore 70% 60%

Per la perdita totale della mano o dell'avambraccio 60% 50%

Per la perdita totale di un arto inferiore al di sopra del ginocchio 60% 60%

Per la perdita totale di un arto inferiore all'altezza o al disotto del ginocchio 50% 50%

Per la perdita totale di un piede 40% 40%

Per la perdita totale del pollice 18% 16%

Per la perdita totale dell'indice 14% 12%

Per la perdita totale del mignolo 12% 10%

Per la perdita totale del medio 8% 6%

Per la perdita totale dell'anulare 8% 6%

Per la perdita totale dell'alluce 5%

Per la perdita totale di ogni altro dito del piede 3%

Per la sordità completa di un orecchio 10%

Per la sordità completa di ambedue gli orecchi 40%

Per la perdita totale della facoltà visiva d'un occhio 25%

Per la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi 100%

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 sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti

l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità 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 di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencanti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Art. 16. - Inabilità temporanea.

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'articolo 11, la liquidazione della indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Art. 17. - Cumulo di indennità.

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in

difetto, agli eredi la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Art. 18. - Liquidazione.

Ricevuto il certificato medico di guarigione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

Art. 19. - Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni.

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato, o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. 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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulla indennità.

La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 20. - Competenza territoriale.

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente è competente esclusivamente, a scelta della Parte attrice, l'Autorità giudiziaria del luogo dove ha sede la Società ovvero quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Le parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

Art. 21. - Responsabilità del Contraente.

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 14 o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transizione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 22. - Recesso dal contratto ed anticipata risoluzione.

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennità, la Società ha la facoltà di far cessare l'assicurazione relativa alla persona infortunata od anche di risolvere il contratto con preavviso di quindici giorni, con rimborso del premio in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso.

Nel caso di risoluzione anticipata del contratto per cessazione dei rischi o e negli altri casi di recesso o risoluzione anticipata per le ipotesi previste dagli articoli 3, 8 secondo comma e 10, spettano alla Società, oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte:

- a) l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione;
- b) la rifusione degli sconti di poliennalità, dal cui ammontare si dedurranno tanti decimi quanti anni la polizza sia stata in vigore, semprechè essa abbia avuto corso per almeno 5 anni.

Analoga disciplina sarà osservata nell'ipotesi prevista dal capoverso dell'art. 9, relativamente alla quota di premio corrispondente a ciascun assicurato cessato e non sostituito.

Art. 23. - Proroga del contratto.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata eguale a

quella originaria esclusa la frazione d'anno, ma non superiore a due anni, e così successivamente.

Art. 24. - Imposte e tasse.

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato e suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 25. - Forma delle comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato, o degli aventi diritto, alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere fatte, perchè siano valide, con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

APPENDICE PER CONDIZIONI PARTICOLARI E DEROGHE

L'assicurazione è prestata a favore delle persone indicate in polizza e garantisce, nei limiti e con le modalità indicate in polizza e nella presente appendice, il pagamento delle somme assicurate nei casi di:

- morte degli Assicurati in seguito ad infortunio;
- invalidità permanente degli Assicurati in seguito ad infortunio;
- ricovero degli Assicurati in ospedali o cliniche per malattia, infortunio e relativi accertamenti diagnostici.

In caso di invalidità permanente l'indennizzo verrà calcolato in base alle percentuali di valutazione del grado di invalidità previste dall'INAIL (DPR n. 1124 del 30 giugno 1965).

Per i casi non previsti dalla tabella, l'indennizzo sarà calcolato sulla base dell'invalidità dell'Assicurato, rapportandola ai casi previsti.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente saranno diminuite in rapporto al grado della minorazione già esistente.

Non sono invece coperti dalla garanzia il pregiudizio o l'aggravamento a seguito di infortunio di condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute alla stipulazione della polizza.

Quando, in base alla tabella INAIL, l'invalidità permanente non supera i 6/100, non si farà luogo ad alcun indennizzo. Quando l'invalidità permanente supera gli 80/100, la compagnia assicuratrice corrisponderà l'indennità totale, come se l'invalidità raggiungesse i 100/100.

La compagnia assicuratrice rinuncia al diritto di rivalsa che le compete ai termini dell'art. 1916 cod. civ., nei confronti di terzi responsabili degli infortuni indennizzati in base al presente contratto.

La diaria giornaliera è corrisposta per i ricoveri in ospedali o cliniche avvenuti per infortuni, malattie e relativi accertamenti diagnostici assicurati con il presente contratto.

La diaria è corrisposta per tutta la durata del ricovero, fino ad un massimo di 60 giorni per anno assicurativo. Il pagamento della diaria è effettuato al termine del ricovero previa presentazione di idonea documentazione. Nel caso di malattia la diaria è corrisposta per i ricoveri che siano avvenuti dopo trenta giorni dalla decorrenza della garanzia; nel caso di appendicopatie, affezioni tonsillari, vegetazione adenoide, ernie, forme tumorali e varicose, essa è corrisposta per i ricoveri avvenuti dopo 90 giorni.

Per «malattia», ai fini della corresponsione della diaria in caso di ricovero, si intende una alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute, non dipendente da un infortunio. Tale alterazione non deve essere però l'espressione o la conseguenza di una situazione patologica, che si sia manifestata prima della decorrenza della garanzia.

Sono escluse:

- le malattie sofferte durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario o il richiamo per mobilitazione;
- le malattie veneree, luetiche e mentali;
- le malattie croniche (tuttavia è compresa nella garanzia la prima manifestazione di una malattia cronica, se questa insorge nel corso del contratto);
- le malattie tubercolari e quelle considerate professionali ai sensi della legge «Infortuni sul lavoro»;
- la gravidanza, il parto, il puerperio;
- le applicazioni di carattere estetico e le cure dentarie;
- la degenza in convalescenziario;
- le malattie provocate da esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, oppure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, o dalla detenzione e dall'impiego di sostanze radioattive.

Tutte le garanzie sono prestate con le seguenti modifiche alle condizioni generali di assicurazione:

A) a parziale deroga dell'art. 2) - Delimitazioni dell'Assicurazione - sono compresi anche gli infortuni derivanti:

dalla guida e dall'uso di motoveicoli azionati da motori di qualsiasi cilindrata;

dall'esercizio (comprese le gare ed i relativi allenamenti) dei seguenti sport: caccia a cavallo, polo, pelota, alpinismo con scalata di roccia ed accesso ai ghiacciai (purchè vi sia accompagnamento di guida patentata), sci (esclusi però i salti dal trampolino), calcio, baseball, attività subacquee (purchè non vi sia uso di autorespiratori); da aggressioni o atti violenti a movente politico;

da colpa grave dell'Assicurato, o da malore, vertigini, incoscienza, avvelenamento, intossicazione o ingestione di sostanze, da manifestazioni morbose causate da punture di insetti.

La garanzia viene inoltre estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli «charter» e straordinari, compiuti da aeromobili eserciti da società di traffico aereo regolare, secondo le norme dell'appendice C.I.A.A.

B) L'art. 3 è sostituito dal seguente:

«L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 75 anni e cessa dalla prossima scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età. Non sono assicurabili le persone affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo tossicomania, allucinogenomia.

Inoltre se una persona assicurata è colpita da una di queste infermità, l'assicurazione cessa nei suoi confronti».

C) a deroga dell'art. 4) le garanzie si intendono operative in tutto il mondo.

D) A parziale deroga dell'art. 9, si conviene che la Contraente è tenuta a comunicare alla Compagnia assicuratrice l'inclusione o la esclusione di ogni assicurato mediante lettera raccomandata. L'assicurazione rispetto alle nuove persone decorrerà dalle ore 24 del giorno risultante dal timbro postale della raccomandata. Il conteggio dei maggiori premi annuali e dei relativi ratei connessi alle inclusioni verrà effettuato al termine dell'anno assicurativo in corso all'atto dell'inclusione.

E) L'art. 10 - Altre assicurazioni -, l'art. 15 - Invalidità permanente -, l'art. 21 - Responsabilità del contraente - si considerano abrogati.

F) A parziale deroga dell'art. 23 - Proroga del contratto - il termine per la disdetta è ridotto ad un mese.