

“CONVENZIONE INFORTUNI CLIENTI E VISITATORI”
N° 540/25/00100392

**PER LE BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO - CASSE RURALI - ALTRI ENTI DEL
SISTEMA DEL CREDITO COOPERATIVO - ASSICURA BROKER S.r.l.**

ESTRATTO DELLE GARANZIE

GLOSSARIO

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

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, ovvero il Cliente e/o il Visitatore della Banca.
Assicurazione	il contratto di assicurazione composto dalla presente Convenzione e dai Certificati di assicurazione sottoscritti dai singoli Istituti aderenti.
Beneficiario	i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita. Si intendono per tali gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
Capitale assicurato	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.
Certificato di Assicurazione	Documento che prova l'adesione alla presente Convenzione da parte di un singolo Istituto aderente.
Cliente	Persona fisica che si avvale dei servizi prestati dalla Banca, ancorché in via meramente occasionale ed indipendentemente dalla sussistenza di un rapporto contrattuale con la stessa.
Contraente della Convenzione	Assicura Broker S.r.l., di seguito denominata "Contraente della Convenzione".
Contraente dei Certificati di Assicurazione	ogni singolo ente che aderisce alla Convenzione (Banca o altro Ente associato e/o riconducibile al "Sistema del Credito Cooperativo"), di seguito nominati "Banca" o "Istituto aderente".
Franchigia	la parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato.

Infortunio	è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità Permanente da Infortunio	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione.
Morte	il decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.
Polizza	la presente Convenzione e il certificato di assicurazione sottoscritto dal singolo Istituto aderente.
Premio	la somma dovuta dall'Istituto aderente alla Società a fronte dell'assicurazione.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	la quota percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato e che non è mai inferiore al "minimo" se espresso in cifra.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Assimoco S.p.A.
Stabilimento	la Sede, le Filiali, Tesorerie, Ricevitorie, Esattorie, ATM (bancomat) stand alone, uffici amministrativi e/o consulenziali della Contraente o qualsiasi altra ubicazione ove la Banca eroga i propri servizi.
Visitatore	Persona fisica che si intrattiene per qualsiasi ragione, o è trattenuta contro la propria volontà, all'interno o nei pressi degli stabilimenti ove la Banca presta i propri servizi.

Art. 1 - Pagamento del premio

Omissis.

Art. 2 - Frazionamento del premio

Omissis.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

Omissis.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Omissis.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Omissis.

Art. 6 - Proroga e durata dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Il Contraente o L'Istituto aderente

ha comunque facoltà di dare disdetta nei modi e nei termini sopraindicati, ad ogni scadenza annuale, anche nel caso in cui il contratto sia stato stipulato per una durata poliennale.

Art. 7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, salve specifiche limitazioni di cui all'Art. 18 delle Norme che regolano l'assicurazione.

Art. 8 - Altre assicurazioni

La presente copertura assicurativa è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future, come pure da qualsiasi altra copertura assicurativa contratta con Assimoco o con altre società.

L'Assicurato/Contraente sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato ai termini di polizza e fino al 60° giorno successivo, al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. La Società entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta di legge, relativo al periodo di rischio non corso. La suddetta facoltà di recesso può essere esercitata anche dall'Istituto aderente. In tal caso il recesso è operante con le modalità previste nei precedenti commi.

Art. 10 - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Istituto aderente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1891 del C.C..

Art. 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Omissis.

3

Art. 12 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Istituto aderente.

Art. 13 - Tariffa

Omissis.

Art. 14 - Regolazione del premio

Omissis.

Art. 15 - Foro competente

Per le eventuali controversie relative alla presente Convenzione che dovessero insorgere tra la Società e il Contraente della Convenzione, le parti dichiarano competente in via esclusiva il Foro di Milano.

Per le eventuali controversie che dovessero insorgere tra la Società e il singolo Istituto Aderente o uno o più soggetti Assicurati sarà competente il Foro in cui l'Istituto aderente o gli Assicurati hanno la propria sede o la propria residenza/domicilio.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

Art. 17 - Clausola broker

Omissis.

Art. 18 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che colpissero i Clienti e/o i Visitatori della Banca (esclusi i dipendenti di ogni ordine e grado nonché gli amministratori e sindaci della contraente) in conseguenza di aggressioni a scopo di furto,

scippo, rapina, sequestro anche a scopo di estorsione o rapina, anche se solo tentati, ai danni della Banca stessa o dei suoi clienti e/o visitatori, presso stabilimenti della medesima.

La garanzia è operante sia durante il periodo di permanenza delle persone negli stabilimenti della Banca, sia al di fuori degli stessi durante il periodo in cui le persone stesse sono tenute in ostaggio dagli aggressori.

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, scioperi, manifestazioni, attentati, perpetrati ai danni della Banca o dei suoi clienti e/o visitatori all'interno e/o presso gli stabilimenti della medesima, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 19 - Rischi compresi in garanzia

La copertura è operante anche per i danni alla persona derivanti dalle seguenti circostanze, purché riconducibili ad eventi rientranti nell'oggetto di assicurazione di cui all'articolo precedente:

- a) uso e/o guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- b) malore o stato di incoscienza o vertigini;
- c) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- d) atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) rapimento;
- f) derivanti da ustioni e lesioni prodotte da fiamma e da corpi incandescenti;
- g) asfissia non di origine morbosa;
- h) avvelenamenti, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere, compresi gas e vapori, purché dovuti a cause fortuite e involontarie, nonché le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di malattie tropicali;
- i) contatto improvviso con sostanze corrosive;
- j) annegamento;
- k) assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- l) folgorazione;
- m) lesioni muscolari determinate da sforzi (comprese le ernie addominali) e le lesioni sottocutanee dei tendini **nei limiti di quanto indicato all'Art. 30;**
- n) **infarto;**
- o) conseguenze di operazioni chirurgiche, cure e trattamenti, resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- p) infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza.

Art. 20 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso anche come passeggero: di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo);
- b) dall'utilizzo come pilota o come componente dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, ivi compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) da asbesto e da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- e) da ubriachezza quando alla guida di veicoli, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, nonché da volontaria alterazione psichica da qualsiasi causa determinata; da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- f) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate compreso il suicidio, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- g) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, salvo quanto previsto all'Art. 18 ultimo comma;
- h) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;

- i) da interventi chirurgici, accertamenti o di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- k) dall'uso e/o della guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti;
- l) dalla pratica di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, airboarding e altre discipline assimilabili a sport estremi;
- m) dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a livello ricreativo:
 - equitazione e sport ippici in genere limitatamente alle gare di velocità, speleologia, immersioni con autorespiratore se l'assicurato non è in possesso di brevetto riconosciuto;
- n) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, in caso di polizze di durata inferiore ad un anno.

Art. 21 - Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) non avrebbe consentito a stipulare l'assicurazione, si conviene che nel caso in cui una o più delle malattie o delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso di efficacia del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 22 - Prestazioni principali**A) MORTE**

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato. L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per il caso invalidità permanente. La prestazione viene erogata anche se la morte dell'Assicurato si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

B) INVALIDITA' PERMANENTE

La Società indennizza la somma assicurata prevista sulla base dei criteri di cui all'Art. 29 qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, intendendosi per tale la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 23 - Prestazioni complementari - Anticipo indennizzo

Su richiesta dell'Assicurato e trascorsi almeno **60 giorni** dalla data di accadimento dell'infortunio, in caso di evento con postumi invalidanti stimabili dalla Società non inferiori al **20%**, e previa presentazione di idonea documentazione medica, la Società pagherà un acconto pari al **50%** del presumibile ammontare dell'indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, fermo il limite massimo della somma assicurata indicata in polizza. Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Società circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

Art. 24 - Limiti di età

L'assicurazione non è operante per persone di età superiore agli 85 anni e cessa alla successiva scadenza annuale dal momento in cui le persone assicurate raggiungono detto limite di età in corso di contratto.

Con riferimento a tutte le forme di copertura per le persone che raggiungono in corso di contratto un'età superiore agli 85 anni, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale del premio senza obbligo di disdetta.

Art. 25 – Capitali assicurati

Per ogni persona infortunata:

- Caso Morte € 100.000,00;
- Caso Invalidità Permanente € 100.000,00;

fermo quanto previsto dall'Art. 31 – Evento catastrofe.

Art. 26 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Istituto aderente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro nove giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e delle persone rimaste coinvolte. Successivamente, ogni singolo Assicurato provvederà a produrre certificato medico e documentazione attestante le lesioni subite. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

Art. 27 - Criteri di indennizzabilità - Patologie preesistenti

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di cui alla Tabella allegata alla Polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 28 - Liquidazione ai beneficiari in caso di morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo quanto previsto all'Art. 22 lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata prevista ai Beneficiari.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e in applicazione degli artt. 60 comma 3) e 62 del C.C. o dell'art. 211 del C.N. l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari l'indennizzo previsto per il caso di morte.

Se, dopo che la Società avrà pagato l'indennizzo, sarà provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta della somma pagata, l'Assicurato potrà far valere i suoi diritti nel caso in cui abbia subito un infortunio con conseguenze invalidanti permanenti come previste all'Art. 22 lettera B). Tuttavia se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, non sarà dovuto alla Società alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 29 - Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente secondo quanto previsto all'Art. 22 lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella di seguito riportata (ex Tabella Inail).

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di funzionalità perduta, che sarà accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri della Tabella seguente:

	Destro		Sinistro
Sordità completa da 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 applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedi tabella specifica)			
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 efficace		11%	
senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdite della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		=	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita :			
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
- di tutte le dita della mano	65%		55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
- totale del pollice	28%		23%
- totale dell'indice	15%		13%
- totale del medio		12%	
- totale dell'anulare		8%	
- totale del mignolo		12%	
- della falange ungueale del pollice	15%		12%
- della falange ungueale dell'indice	7%		6%
- della falange ungueale del medio		5%	
- della falange ungueale dell'anulare		3%	
- della falange ungueale del mignolo		5%	
- delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
- delle due ultime falangi del medio		8%	

- delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
- delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
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%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
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 radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
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 un 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 tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somme matematiche, fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.			

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'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	35%	65%

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. 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. 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 due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione. La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva	
In caso di afachia monolaterale:	
• con visus corretto 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%
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 accomodativi.	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi 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%. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri ivi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella, verrà effettuata senza applicazione di alcuna franchigia.

Se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, non sarà dovuto alla Società alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 30 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo – lesioni sottocutanee dei tendini

Se l'infortunio ha come conseguenza ernie traumatiche o da sforzo o lesioni sottocutanee dei tendini, la Società corrisponderà:

- nel caso in cui l'ernia risulti operabile, un indennizzo giornaliero per il periodo di ricovero in Istituto di Cura con il limite di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 22 lettera B) con il massimo di **Euro 100,00**;
- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, un indennizzo **non superiore al 10% della somma assicurata** per invalidità permanente (Art. 22 lettera B). Restano fermi i criteri di liquidazione previsti all'Art. 29;
- nel caso di lesioni sottocutanee dei tendini, verrà riconosciuto un **indennizzo forfettario pari al 2%** della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 22 lettera B). In tal caso non saranno operanti i criteri di liquidazione previsti all'Art. 29.

Art. 31 - Evento Catastrofale

Nel caso in cui un unico evento provochi l'infortunio di 2 o più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di Euro 1.000.000,00 (un milione/00). Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il suddetto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

Art. 32 – Responsabilità dell'Istituto aderente

Qualora l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi delle presente Polizza ed avanzino verso l'Istituto aderente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che l'Istituto aderente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari recedono dall'azione di responsabilità civile, o rimangono in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene pagata sotto deduzione, a favore dell'Istituto aderente, delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 33 - Controversie - Arbitrato irrituale

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione previsti agli Artt. 28, 29 e 30 debbono essere 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 dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 34 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio.

Assimoco S.p.A.