

Si conviene tra le Parti che relativamente alle garanzie sotto indicata il disposto normativo si intende sostituito da quanto segue:

Art. 6 condizione particolare C) Rivalutazione delle percentuali di invalidità permanente

Il presente articolo è sostituito dal testo che segue:

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1.9 "Invalidità Permanente" o Tabella INAIL (art. 6 condizione particolare D) se espressamente richiamata in polizza, delle condizioni di assicurazione, s'intende operante la seguente condizione :

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, i cui postumi si sono consolidati anche successivamente alla scadenza della polizza ma comunque non oltre due anni dalla data dell'infortunio, la Compagnia corrisponde l'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al grado di invalidità permanente accertata.

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

- Perdita totale di una mano oppure del pollice o dell'indice o del medio	100%
- Perdita totale di un anulare o di un mignolo	20%
- Perdita contemporanea di anulare e mignolo di una mano	100%
- Perdita totale e contemporanea dei piedi	100%
- Anchilosi di una spalla, di un braccio, di un gomito o di un polso	100%
- Perdita totale della seconda falange del pollice o terza falange dell'indice o del medio della mano operativa	100%
- Perdita totale della seconda falange del pollice della mano non operativa	100%
- Alienazione mentale	100%
- Paralisi organica	100%
- Perdita facoltà visive di un occhio	100%
- Sordità completa di ambedue le orecchie	100%
- Sordità completa di un orecchio	40%
- Perdita di un arto inferiore (al di sopra, all'altezza o al di sotto del ginocchio)	100%
- Perdita di una falange dell'alluce	3%
- Perdita di ogni altro dito di un piede	3%

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Se, al momento dell'evento, 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.

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali come innanzi determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, la percentuale di invalidità permanente sarà stabilita in analogia ai casi elencati nella tabella stessa tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Si conviene tra le Parti che relativamente alle garanzie sotto indicata il disposto normativo si intende sostituito da quanto segue:

Art. 6 Condizione particolare H) Malattie professionali **Il presente articolo è sostituito dal testo che segue:**

RISCHIO HIV

1 L'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza, che abbia per conseguenza un'invalidità permanente. La Compagnia assicura l'indennizzo di € 52.000 qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti al successivo punto 2.

2 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve - entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto - darne avviso alla Compagnia (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telex o fax indirizzato all'Agenzia.

Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata alla Compagnia una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo la Compagnia liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche relative ai test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Compagnia. L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

3 LIQUIDAZIONE

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 2 corrisponde l'indennizzo pattuito.

4 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da **emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V. prima della denuncia del sinistro. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.**

EPATITI VIRALI

Si intendono parificate ad infortunio le epatiti virali trasmesse per via sierologica purché conseguenti a ferite riportate dall'Assicurato nell'effettuare interventi chirurgici inerenti alla propria attività. **Resta confermata l'esclusione per le infezioni da microbi o da virus assorbite attraverso le vie respiratorie o tubo digerente o per contatto o che comunque non abbiano origine, diretta e provata, da una ferita.**

L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate. Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio. In caso di negatività il test per **EPATITE VIRALE "B" ed EPATITE VIRALE "C"**, dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni.

A parziale deroga dell'art. 5.3 delle condizioni di assicurazione, in caso di mancato pagamento del premio o rate di premio, il termine previsto prima della sospensione della garanzia viene portato da 15 a 30 giorno. Fermo il resto.

Si conviene tra le Parti che relativamente alle garanzie sotto indicata il disposto normativo si intende sostituito da quanto segue:

Art. 1.14 , 1.16 e 1.17 Ricovero e convalescenza, Inabilità temporanea /Franchigia sulla inabilità temporanea assoluta e differenziata

I presenti articoli sono sostituiti dal testo che segue:

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività dichiarata in polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte all'attività dichiarata in polizza.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio e decorrere dal sesto giorno da quello successivo all'infortunio indipendentemente dalla somma assicurata , sempreché la denuncia sia stata presentata alla Società entro tre giorni dalla data dell'infortunio o da quando l'Assicurato né ha avuto oggettiva possibilità.

Se la denuncia viene presentata in ritardo, rispetto ai su detti termini, la decorrenza che precede avrà inizio da quello successivo alla presentazione della denuncia.

La garanzia viene estesa , a fronte di comprovato ricovero in Ospedale o Casa di cura , a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ad un'indennità giornaliera di pari importo di quella prevista per inabilità temporanea, per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 150 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati ai fini della liquidazione come un unico giorno.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze , fino a completa guarigione in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data della guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente e morte.