

## CONDIZIONI GENERALI PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DELLE PERSONE 01-NEZ-01/08

### SIGNIFICATO DELLE ESPRESSIONI

- (1) Le espressioni utilizzate nelle presenti condizioni hanno il seguente significato:
1. **Contraente dell'assicurazione** – la persona che stipula il contratto assicurativo con la compagnia di assicurazioni;
  2. **Compagnia di assicurazioni** – parte del contratto assicurativo;
  3. **Offerente** – persona che desidera stipulare il contratto assicurativo e a tale scopo presenta un'offerta scritta o orale alla compagnia di assicurazioni;
  4. **Assicurato** – persona dal cui infortunio, morte, invalidità o danno alla salute dipende il pagamento di un'indennità di assicurazione;
  5. **Beneficiario** – persona cui la compagnia di assicurazioni paga l'indennità di assicurazione;
  6. **Premio** – importo che il contraente dell'assicurazione paga alla compagnia di assicurazioni in base al contratto assicurativo;
  7. **Somma assicurata** – massima esposizione debitoria (massimale) della compagnia di assicurazioni in base al contratto assicurativo;
  8. **Indennità di assicurazione** – importo che la compagnia di assicurazioni paga in base al contratto assicurativo per il singolo rischio assicurativo;
  9. **Carenza** – periodo di sospensione in cui l'assicurato non gode di copertura assicurativa;
  10. **Franchigia** – partecipazione concordata del beneficiario alla contabilizzazione e al pagamento dell'indennità di assicurazione;
  11. **Certificato relativo alla copertura** – attestato provvisorio relativo all'assicurazione stipulata che contiene tutti gli elementi essenziali del contratto assicurativo;
  12. **Polizza** – documento relativo al contratto assicurativo stipulato;
  13. **Medico legale delle assicurazioni** – medico delegato dalla compagnia di assicurazioni.

### Articolo 1: DISPOSIZIONI GENERALI

- (1) Le condizioni generali per l'assicurazione contro gli infortuni delle persone (di seguito in breve: condizioni) sono parte integrante del contratto assicurativo relativo all'assicurazione contro gli infortuni delle persone che il contraente dell'assicurazione stipula con ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (di seguito in breve: compagnia di assicurazioni).
- (2) Le presenti condizioni regolamentano i rapporti tra il contraente dell'assicurazione, l'assicurato e la compagnia di assicurazioni per i seguenti pericoli assicurati:
1. morte dovuta ad infortunio
  2. morte dovuta ad incidente stradale
  3. invalidità permanente dovuto ad infortunio
  4. indennità giornaliera dovuta ad infortunio
  5. indennità giornaliera per la cura in ospedale a causa dell'infortunio
  6. indennità giornaliera per la cura in uno stabilimento termale a causa dell'infortunio
  7. spese per la cura dovuta ad infortunio
  8. spese per le esequie a causa dell'infortunio
- (3) Se qualche disposizione delle presenti condizioni non coincide con qualche disposizione della polizza, si considera valida la disposizione della polizza. Se invece non coincide qualche disposizione stampata della polizza con qualche sua disposizione scritta a mano, si considera valida la disposizione scritta a mano.

### Articolo 2: CONCETTO DI INFORTUNIO

- (1) In base a tali condizioni si considera infortunio ciascun evento improvviso, imprevedibile, indipendente dalla volontà dell'assicurato, che agisce dall'esterno ed improvvisamente sul corpo dell'assicurato e ha come conseguenza la sua morte, un'invalidità assoluta o parziale, la momentanea impossibilità di lavorare o un danno alla salute che richiede assistenza medica.
- (2) In base al precedente paragrafo si considerano in particolare infortuni i seguenti eventi: investimento, collisione, urto di qualche oggetto o impatto con qualche oggetto, impatto della corrente elettrica o del fulmine, caduta, scivolamento,

abbattimento, ferimento con armi e altri oggetti, nonché sostanze esplosive, accoltellamento con qualche oggetto, colpo o morso di animali.

- (3) Si considerano infortuni anche i seguenti eventi improvvisi, imprevedibili e indipendenti dalla volontà dell'assicurato:
1. avvelenamento dovuto al consumo di veleno nel cibo o con sostanze chimiche;
  2. infiammazione di una lesione dovuta all'infortunio;
  3. avvelenamento dovuto all'inalazione di gas o vapori tossici, ad eccezione delle malattie professionali;
  4. ustioni da fuoco o elettricità, provocate da oggetti o liquidi o vapore, acidi, soluzioni alcaline e simili;
  5. strangolamento e annegamento;
  6. asfissia e soffocamento dovuta alla copertura con terra, sabbia e simili;
  7. strappo ai muscoli o ai legamenti, lussazione dell'articolazione, frattura di ossa sane, se si sono verificati a causa di movimenti rapidi del corpo e per un evento esterno imprevedibile e subito dopo la lesione sono stati accertati in ospedale o in una struttura medica;
  8. conseguenze dovute all'azione dei raggi del sole, della temperatura o del cattivo tempo, se l'assicurato è stato esposto a tale azione a causa dell'infortunio che si è verificato direttamente prima di quest'ultima, o se si è trovato in tali circostanze imprevedibili che non poteva evitare, ovvero è stato esposto a tale azione per salvare una vita umana.
- (4) In base alle presenti condizioni non si considerano infortuni e conseguenze dell'infortunio:
1. tutte le malattie (ordinarie, infettive, professionali, degenerative e malattie di natura psichica...);
  2. infezione da salmonella e da altri batteri e virus patogeni;
  3. tutti gli stati allergici e le malattie infettive che sono causate da una puntura o da un morso di un animale (borelliosi, meningoenfalite da zecca, malaria e simili);
  4. tutti i tipi di ernia, ad eccezione di quelle che sono dovute ad una lesione diretta della parete addominale dopo l'azione diretta di una forza meccanica esterna se, dopo la lesione, è stata accertata in quella zona, oltre all'ernia, anche una lesione delle parti molli della parete addominale;
  5. tutti gli stati che si verificano a causa di varie allergie, per il taglio e l'estirpazione di calli e altre protuberanze della pelle;
  6. lo shock anafilattico, a meno che non si sia verificato durante la cura dovuta all'infortunio;
  7. ernie discali (hernia disci intervertebralis), ogni tipo di lombalgia, discopatia, sacralgia, miofascite, coccigodinia, ischialgia, fibrosite, entesite, spondilosi, spondilolisi, spondilolistesi e tutte le modifiche della colonna vertebrale che sono identificate con termini analoghi anche se i loro sintomi si presentano solo dopo l'infortunio, e tutte le malattie o i danni identificati con espressioni analoghe, nonché tutti i tipi di borsite, indipendentemente dall'origine;
  8. lussazioni ripetute alla stessa articolazione;
  9. lacerazioni di muscoli, tendini, legamenti, menischi, cartilagine e dischi invertebrati che hanno delle mutazioni degenerative;
  10. distacco della retina (ablatio retinae), ad eccezione di quello che si verifica dopo un colpo diretto ad un occhio sano e viene accertato in ospedale;
  11. conseguenze che si verificano a causa della crisi d'astinenza e per l'azione di droghe o altre sostanze psicoattive;
  12. conseguenze dei trattamenti medici, in particolare degli interventi che vengono effettuati per curare o prevenire una malattia;
  13. danni nell'area delle modifiche patologiche su ossa, denti e cartilagine e le stesse modifiche patologiche sulle ossa;
  14. modifiche dello stato psichico quale reazione alla lesione e lesioni o morte che si verificano di conseguenza;
  15. malattie neuromuscolari sistemiche;
  16. pneumotorace spontaneo, rottura dell'aneurisma, perforazione del timpano durante l'immersione, rottura delle cisti degli organi interni, aborti spontanei;

### **Articolo 3: CHI PUÒ ESSERE ASSICURATO**

- (1) Possono essere assicurate le persone che hanno compiuto i 14 anni d'età sino al compimento dei 75 anni. Le persone che hanno meno di 14 anni e più di 75 anni possono essere assicurate solo secondo particolari condizioni.
- (2) Le persone che hanno una ridotta capacità lavorativa a causa di una grave malattia, serie minorazioni e deficit, vengono assicurate con il pagamento di un sovrappremio ai sensi delle disposizioni del punto 7, paragrafo 1 dell'articolo 5 delle presenti condizioni.
- (3) Non possono essere assicurati i malati di mente, le persone con depressione e le persone dipendenti da sostanze psicoattive e alcol, nonché le persone con ritardo mentale.
- (4) Parimenti non possono essere assicurate le persone cui è stata revocata completamente la capacità di agire, a meno che non sia stabilito diversamente dalle disposizioni legali.

### **Articolo 4: ENTITÀ DELL'OBBLIGO DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI**

- (1) In caso di infortunio la compagnia di assicurazioni, in conformità alle disposizioni delle presenti condizioni, paga le somme assicurate, ovvero la parte corrispondente delle somme assicurate che è stata concordata nel contratto assicurativo, e precisamente:

1. la somma assicurata per la morte a causa dell'infortunio, se l'assicurato è morto a causa dell'infortunio;
  2. la somma assicurata per la morte nell'incidente stradale, se l'assicurato è morto nell'incidente stradale;
  3. la somma assicurata per l'invalidità, se l'assicurato è diventato al 100% invalido a causa dell'infortunio, ovvero la percentuale corrispondente della somma assicurata per l'invalidità secondo tali condizioni, corrispondente alla percentuale di invalidità parziale, se l'assicurato è diventato un invalido parziale a causa dell'infortunio;
  4. se la percentuale complessiva di invalidità ammonta ad oltre il 50%, per ogni grado di invalidità superiore al 50%, viene riconosciuta una percentuale doppia dell'importo per il calcolo dell'indennità di assicurazione;
  5. l'indennità giornaliera per infortunio in base al paragrafo 4 dell'articolo 15 delle presenti condizioni, se l'assicurato a causa dell'infortunio è temporaneamente incapace di lavorare, ovvero di svolgere le sue regolari mansioni lavorative, ed è per questo assente dal lavoro;
  6. l'indennità giornaliera per la cura in ospedale a causa dell'infortunio in base al paragrafo 5 dell'articolo 15 delle presenti condizioni;
  7. l'indennità giornaliera per la cura in uno stabilimento termale a causa dell'infortunio in base al paragrafo 6 dell'articolo 15 delle presenti condizioni;
  8. il rimborso delle spese per la cura in base alle disposizioni del paragrafo 7 dell'articolo 15 delle presenti condizioni, se l'assicurato aveva bisogno di assistenza medica a causa dell'infortunio e si era dovuto pagare le spese da solo;
  9. la somma assicurata a copertura delle spese per le esequie secondo le disposizioni del paragrafo 8 dell'articolo 15 delle presenti condizioni, se l'assicurato è morto a causa dell'infortunio;
  10. gli altri obblighi contrattuali secondo le condizioni particolari.
- (2) Se sulla polizza è indicato espressamente il ruolo della persona e l'attività, l'obbligo della compagnia di assicurazioni di cui il precedente paragrafo subentra nel caso in cui si verifica un infortunio durante lo svolgimento di quell'attività che è esplicitamente indicata nella polizza (ad esempio durante lo svolgimento e al di fuori dello svolgimento della professione ordinaria o solo durante lo svolgimento di una determinata professione o attività, come ad esempio quella di sportivo, cacciatore, autista o passeggero di un veicolo a motore, gitante, Vigile del fuoco, sminatore, controfigura e simili).
- (3) La compagnia di assicurazione si assume l'obbligo solo per gli infortuni verificatisi nel corso della copertura assicurativa e solo per quelle conseguenze che sono subentrate e sono state accertate nella documentazione medica nel primo anno successivo all'infortunio.

## **Articolo 5: LIMITAZIONE DELL'OBBLIGO DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI**

- (1) Se non è espressamente concordato e se non è stato pagato il relativo sovrappremio, gli importi assicurati concordati vengono ridotti in rapporto al premio che sarebbe necessario pagare e al premio effettivo pagato qualora si verifichi un infortunio:
1. durante lo svolgimento di operazioni e attività pericolose, come ad es.: sminamento, procedure per la rimozione di granate e altri mezzi esplosivi, inseguimento a caccia, ruolo di controfigura ed esibizione in ruoli particolarmente pericolosi nei film, pratica di attività professionali e sportive di eccellenza, durante immersioni e salti sportivi con il paracadute, il deltaplano,...
  2. durante gli allenamenti e le gare di arti marziali che vengono effettuati per fini aziendali;
  3. durante la gestione e la guida di aerei e veicoli aerei di ogni tipo, ad eccezione dei passeggeri dei voli di linea;
  4. durante gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e motocross e nel corso degli allenamenti per le medesime;
  5. durante gli allenamenti e la partecipazione a gare sportive pubbliche in cui l'assicurato partecipa come membro iscritto di un'organizzazione o di una società sportiva;
  6. a causa di eventi di guerra e combattimenti armati in cui si è ritrovato l'assicurato al di fuori dei confini del nostro Stato, a meno che l'infortunio non si sia verificato entro quattordici giorni dal primo verificarsi di tali eventi nello Stato in cui si trova l'assicurato e a condizione che tali eventi lo abbiano sorpreso e che non abbia partecipato agli eventi e ai combattimenti;
  7. in persone che hanno superato qualche grave malattia o alla stipula del contratto assicurativo erano seriamente malate o hanno delle infermità acquisite o dalla nascita, o dei deficit, per cui la loro capacità generale di lavoro è ridotta per più del 50% di invalidità in base alla Tabella d'invalidità.
- (2) Nel caso in cui l'assicurato non agisce secondo le indicazioni del medico curante, la compagnia di assicurazioni non paga interamente, bensì sulla base del parere del medico legale delle assicurazioni che stabilisce in che misura ha influito sulla cura la mancata osservanza delle istruzioni. Quanto riportato vale anche nel caso in cui la cura sia prorogata per qualche altro motivo, ovvero la cura dura più di quanto non sia normale.
- (3) Se sul danno alla salute, che è una conseguenza dell'infortunio, hanno influito anche le patologie, le modifiche degenerative, ovvero gli stati degenerativi o le infermità, l'obbligo della compagnia di assicurazioni viene ridotto in modo corrispondente alla percentuale in cui hanno influito le patologie, le modifiche degenerative, ovvero gli stati degenerativi o le infermità, e che viene stabilita dal medico legale delle assicurazioni.
- (4) La compagnia di assicurazioni paga il 75% dell'indennità di assicurazione nel caso di un infortunio che capita:
1. ad un assicurato che viaggia come passeggero su un veicolo guidato da un conducente che all'atto dell'infortunio è sotto l'influenza di alcol, droghe o altre sostanze psicoattive.

2. ad un assicurato che all'atto dell'infortunio non utilizzava il casco di protezione o non aveva la cintura di sicurezza allacciata, ovvero che come utente stradale non aveva agito in conformità alla Legge relativa alla circolazione stradale (di seguito in breve ZVCP).

## **Articolo 6: ESCLUSIONI GENERALI DELL'OBBLIGO DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI**

- (1) Sono esclusi tutti gli obblighi della compagnia di assicurazioni per gli infortuni che si verificano:
  1. a causa di un terremoto;
  2. a causa di una guerra nella Repubblica di Slovenia;
  3. in quanto l'assicurato ha partecipato ad eventi di guerra, alla guerra, la rivoluzione, l'insurrezione, la rivolta o i disordini civili causati da tali eventi, da un sabotaggio e da altri eventi simili;
  4. a causa di un collegamento diretto o indiretto con un'azione terroristica, nonché per evitare ovvero contrastare un'azione terroristica;
  5. nell'esercizio dei mezzi di terra, acqua, aria e di altri veicoli senza la prescritta autorizzazione in vigore per l'esercizio, ovvero la guida, o senza l'autorizzazione del proprietario al loro utilizzo; si considera che l'assicurato è senza una patente di guida valida se, ai sensi della Legge sulla circolazione (di seguito in breve ZVCP), gli è stata ritirata la patente di guida o gli è stato inflitto un divieto temporaneo di guida; si considera che l'assicurato ha la patente quando, per la pratica o durante lo svolgimento dell'esame per l'acquisizione della patente, guida sotto il controllo di una persona che ha il diritto di insegnare;
  6. per il tentativo o l'esecuzione del suicidio dell'assicurato;
  7. in quanto l'assicurato, il contraente dell'assicurazione o il beneficiario, hanno causato intenzionalmente l'infortunio;
  8. durante la preparazione, il tentativo o l'esecuzione di un reato premeditato e nella fuga dopo tale reato, durante un pestaggio, salvo il caso di una decisione giuridica passata in giudicato che attesti l'uso della forza per legittima difesa o in ultima istanza;
  9. per un qualsiasi disturbo della coscienza, attacco epilettico, colpo, infarto o altro stato patologico dell'assicurato e per tutte le conseguenze dell'infortunio che si verificano per debolezza;
  10. per l'azione diretta o indiretta dell'energia atomica.
- (2) Sono esclusi altresì tutti gli obblighi della compagnia di assicurazioni per gli infortuni imputabili:
  1. all'azione dell'alcol. Si considera che l'infortunio è stato determinato dall'azione dell'alcol:
    - a) se l'assicurato, in veste di utilizzatore del veicolo (di terra, aria, acqua o altro), all'atto dell'infortunio, ha una concentrazione di alcol nel sangue o nell'aria espirata superiore alla concentrazione di alcol consentita in base alla Legge relativa alla circolazione stradale (ZVCP)
    - b) se in altri infortuni l'assicurato aveva più di 0,48 milligrammi di alcol per litro di aria espirata o più di 1 grammo di alcol per chilogrammo di sangue
    - c) se il test dell'alcol è positivo, l'assicurato però non fa in modo che venga accertato in modo preciso il tasso alcolico nel sangue con un'analisi del medesimo
    - d) se l'assicurato rifiuta o evita l'accertamento del tasso alcolico all'atto dell'infortunio, ovvero, se dopo l'infortunio, assume alcol prima di consentire che venga effettuato l'accertamento del tasso alcolico all'atto dell'infortunio
  2. all'azione di droghe, farmaci o sostanze psicoattive. Si considera che l'infortunio si è verificato per l'azione di droghe, farmaci o sostanze psicoattive:
    - a) se con un controllo professionale viene accertata la presenza di droghe, farmaci o altre sostanze psicoattive nel corpo dell'assicurato
    - b) se l'assicurato rifiuta o evita l'accertamento della presenza di droghe, farmaci o sostanze psicoattive nel suo corpo, all'atto dell'infortunio, ovvero se dopo l'infortunio assume droghe, farmaci o sostanze psicoattive prima di consentire l'accertamento della presenza di questi ultimi all'atto dell'infortunio
- (3) L'obbligo della compagnia di assicurazioni è escluso nel caso di infortunio in cui l'assicurato ha utilizzato un veicolo, un mezzo di lavoro o un'altra macchina che non aveva l'autorizzazione prescritta in vigore per il funzionamento e/o per l'utilizzo su strada (anche su superfici non carrabili).
- (4) Il contratto assicurativo è nullo se, nel momento in cui è stato stipulato, il sinistro era già successo, se stava per succedere o se era certo che sarebbe successo. In tal caso viene restituito all'assicurato il premio già pagato cui vengono detratte le spese della compagnia di assicurazioni.
- (5) L'obbligo della compagnia di assicurazioni è escluso anche nel caso in cui venga assicurata una persona che non può essere assicurata in base alle presenti condizioni. In tal caso viene restituito all'assicurato il premio già pagato.

## **Articolo 7: STIPULA DEL CONTRATTO ASSICURATIVO**

- (1) Il contratto assicurativo per l'assicurazione contro gli infortuni delle persone viene stipulato sulla base di un'offerta scritta o orale.
- (2) La compagnia di assicurazioni ha il diritto di richiedere che l'offerente, per stipulare un contratto assicurativo, presenti un'offerta scritta sull'apposito modulo della compagnia di assicurazioni. Se il contraente dell'assicurazione e l'assicurato non sono una persona sola, la compagnia di assicurazioni può richiedere che l'offerta venga sottoscritta anche dalla persona che desidera essere assicurata sulla base della presente offerta.

- (3) Se la compagnia di assicurazioni rifiuta l'offerta scritta ha l'obbligo di informarne per iscritto l'offerente, entro otto giorni dalla data in cui ha ricevuto l'offerta.
- (4) Se la compagnia di assicurazioni non ha rifiutato l'offerta che non divergeva dalle condizioni in base alle quali viene stipulata l'assicurazione proposta, allora si considera che il contratto assicurativo è stipulato alle ore 24.00 dello stesso giorno in cui la compagnia di assicurazioni ha ricevuto l'offerta.
- (5) Se la compagnia di assicurazioni dichiara di accettare l'offerta solo a condizioni particolari, si considera che l'assicurazione è stipulata a partire dalla data in cui il contraente dell'assicurazione ha accettato la modifica delle condizioni.
- (6) Si considera che l'offerente ha rifiutato la stipula del contratto assicurativo se non accetta la modifica delle condizioni entro otto giorni dalla data di ricezione della lettera raccomandata da parte della compagnia di assicurazioni.
- (7) Il contratto assicurativo è stipulato nel momento in cui la compagnia di assicurazioni e il contraente dell'assicurazione sottoscrivono una polizza assicurativa o un certificato di copertura.
- (8) Il contratto assicurativo e tutti gli addendum al presente contratto valgono solo se stipulati per iscritto.
- (9) Devono essere in forma scritta tutte le dichiarazioni e le richieste che il contraente dell'assicurazione o la compagnia di assicurazioni presentano l'un l'altro. Per queste ultime vale che sono state consegnate lo stesso giorno che il destinatario le riceve. Se vengono inviate per posta, allora come data di ricezione viene considerato il giorno in cui la posta raccomandata è stata consegnata alla posta.

## **Articolo 8: CIRCOSTANZE DI PERICOLO**

- (1) Alla stipula del contratto il contraente dell'assicurazione ha l'obbligo di notificare alla compagnia di assicurazioni tutte le circostanze che sono importanti per valutare il pericolo e delle quali era a conoscenza, ovvero avrebbe dovuto esserlo. La compagnia di assicurazioni può richiedere la risoluzione del contratto se il contraente dell'assicurazione ha intenzionalmente notificato il falso o ha intenzionalmente sottaciuto qualche circostanza di natura tale che la compagnia di assicurazioni non avrebbe stipulato il contratto se avesse conosciuto la situazione reale delle cose. Se il contratto è stato annullato per i motivi di cui sopra, la compagnia di assicurazioni trattiene i premi già pagati e ha il diritto di richiedere il pagamento del premio per il periodo assicurativo in cui ha richiesto l'annullamento del contratto.
- (2) Se l'assicurato ha notificato qualcosa di falso o ha sottaciuto una comunicazione importante, ma non l'ha fatto intenzionalmente, la compagnia di assicurazioni, a sua scelta, ed entro un mese dalla data in cui è venuta a sapere del falso e della domanda incompleta, può recedere dal contratto o proporre un aumento del premio in rapporto al maggior pericolo. In tal caso il contratto assicurativo cessa una volta trascorsi quattordici giorni dalla data in cui la compagnia di assicurazioni ha comunicato all'assicurato il suo recesso dal contratto. Se propone un aumento del premio, il contratto è rescisso per legge se l'assicurato non accetta la proposta entro quattordici giorni da quando l'ha ricevuta.
- (3) Se il contratto viene rescisso in base alla disposizione del precedente paragrafo, e se non c'è stato un evento assicurativo, la compagnia di assicurazioni ha l'obbligo di restituire parte del premio che scade al termine del periodo assicurativo.
- (4) Se l'evento assicurativo si è verificato prima che venisse accertato il falso o l'incompletezza della registrazione o successivamente, tuttavia prima della risoluzione del contratto, ovvero prima di ottenere un accordo relativo all'aumento del premio, l'indennità di assicurazione viene ridotta in proporzione al livello dei premi pagati e al livello dei premi che avrebbero dovuto essere pagati in base al pericolo reale.

## **Articolo 9: INIZIO E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

- (1) La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 del giorno che è indicato sulla polizza come inizio dell'assicurazione, tuttavia non prima delle ore 24.00 del giorno in cui è stato pagato l'intero premio o la prima rata in base all'accordo di pagamento rateale concordato, a meno che non sia stato concordato diversamente nella polizza, e cessa alle ore 24.00 del giorno che è indicato sulla polizza come giorno di cessazione dell'assicurazione.
- (2) L'assicurazione per ogni singolo assicurato cessa, indipendentemente dalla durata che era stata concordata, alle ore 24.00 del giorno in cui:
  1. subentra la morte dell'assicurato o è stata accertata un'invalidità al 100% in base alle presenti condizioni;
  2. l'assicurato diventa malato di mente e gli viene revocata totalmente la capacità di agire in conformità alle disposizioni del terzo e quarto paragrafo dell'articolo 3 delle presenti condizioni;
  3. scade l'anno assicurativo in cui l'assicurato ha compiuto i 75 anni d'età;
  4. scade il termine di cui il quarto paragrafo dell'articolo 11 delle presenti condizioni e il premio non è stato pagato sino a quella data;
  5. scade il termine di preavviso ai sensi dell'articolo 22 delle presenti condizioni;

## **Articolo 10: POSSIBILITÀ DI STIPULARE L'ASSICURAZIONE CON CLAUSOLA IN VALUTA**

- (1) L'importo assicurato e il premio possono essere concordati in valuta estera.
- (2) Il pagamento del premio e il versamento dell'indennità di assicurazione sono sempre nel controvalore in moneta nazionale.
- (3) Il controvalore in moneta nazionale per il pagamento del premio e dell'indennità di assicurazione viene calcolato in base al cambio medio della valuta prescelta secondo il tasso di cambio della Banka Slovenija alla data della contabilizzazione.

## **Articolo 11: PAGAMENTO DEL PREMIO E CONSEGUENZE DEL MANCATO PAGAMENTO**

- (1) Alla stipula del contratto assicurativo l'assicurato ha l'obbligo di pagare il premio in un'unica soluzione per l'intero anno assicurativo, a meno che non sia stato concordato diversamente. In caso di assicurazioni a lungo termine, o di assicurazione a durata indeterminata, deve farlo il primo giorno di ogni successivo anno assicurativo.
- (2) Se è stato concordato che il premio deve essere pagato alla stipula del contratto, l'obbligo della compagnia di assicurazioni di pagare l'indennità di assicurazioni stabilita dal contratto decorre dal giorno successivo al pagamento del premio.
- (3) Nel caso in cui il premio assicurativo venga pagato sulla base di una fattura, la copertura assicurativa è valida dal giorno e dall'ora che sono indicati sul contratto assicurativo, a condizione che l'assicurato paghi il premio nei termini che sono indicati sulla fattura. Se il premio non viene pagato nei termini che sono indicati sulla fattura, la copertura è valida dal giorno successivo al pagamento del premio assicurativo.
- (4) Se il contraente dell'assicurazione non paga entro il termine concordato il premio dovuto dopo la stipula del contratto, né lo fa qualche altra persona interessata, l'obbligo della compagnia di assicurazioni di pagare l'indennità di assicurazione concordata nel contratto cessa dopo trenta giorni dal giorno in cui è stata notificata al contraente dell'assicurazione una posta raccomandata da parte della compagnia di assicurazioni con la comunicazione relativa alla scadenza del premio, al riguardo tale termine non può scadere prima che trascorrono trenta giorni dalla scadenza del premio.
- (5) Alla scadenza dei termini di cui il quarto paragrafo del presente articolo la compagnia di assicurazioni può anche rescindere il contratto assicurativo senza termini di preavviso, fermo restando che tale risoluzione subentra con la scadenza del suddetto termine di trenta giorni e con la cessazione della copertura assicurativa, se il contraente dell'assicurazione è stato avvisato di questo con una posta raccomandata in cui gli veniva comunicata la scadenza del premio e la cessazione della copertura assicurativa.
- (6) Se il contraente dell'assicurazione, nei casi in cui la compagnia di assicurazioni non ha rescisso il contratto assicurativo, paga il premio trascorso il termine di cui il quarto paragrafo del presente articolo, tuttavia entro un anno dalla scadenza del medesimo, la compagnia di assicurazioni ha l'obbligo di pagare l'indennità di assicurazione per i rischi assicurativi che si verificano a partire dalle 24 ore successive al pagamento del premio.
- (7) La posta raccomandata si considera notificata al contraente dell'assicurazione, indipendentemente dal fatto se il contraente ha ritirato la posta raccomandata, se la compagnia di assicurazioni ha inviato la missiva all'indirizzo, ovvero all'ultima modifica dell'indirizzo, che il contraente dell'assicurazione o l'assicurato hanno comunicato alla compagnia di assicurazioni.
- (8) Il premio concordato per l'intero anno assicurativo in corso spetta alla compagnia di assicurazioni se l'assicurazione è cessata prima della scadenza concordata a causa del versamento dell'indennità di assicurazione in caso di morte o invalidità assoluta.
- (9) Negli altri casi di cessazione del contratto assicurativo prima del termine concordato, il premio spetta alla compagnia di assicurazioni solo sino alla fine del giorno in cui scadeva l'assicurazione. Se si è verificato un evento assicurativo entro la data di cessazione del contratto assicurativo, per cui la compagnia di assicurazioni deve pagare un'indennità di assicurazione, spetta alla compagnia di assicurazioni l'intero premio per l'anno assicurativo in corso.
- (10) Versando l'indennità di assicurazione la compagnia di assicurazioni ha il diritto di detrarre tutte le rate non pagate del premio per l'anno assicurativo in corso, nonché tutti gli altri obblighi scaduti che il contraente dell'assicurazione ha accumulato negli anni precedenti verso la compagnia di assicurazioni.
- (11) Se il premio non è stato pagato nei termini concordati, la compagnia di assicurazioni può contabilizzare gli interessi di mora.

## **Articolo 12: MODIFICA DEL RISCHIO DURANTE L'ASSICURAZIONE**

- (1) Il contraente dell'assicurazione, ovvero l'assicurato, ha l'obbligo di denunciare alla compagnia di assicurazioni la modifica delle mansioni lavorative regolari e dello sport.
- (2) Nel caso in cui aumenti il rischio a causa di tale modifica, la compagnia di assicurazioni proporrà al contraente dell'assicurazione un aumento del premio, se però il rischio si ridurrà, la compagnia di assicurazioni proporrà un premio inferiore o un aumento degli importi assicurati. I premi e gli importi assicurati così stabiliti sono validi dalla data di modifica delle mansioni lavorative e dello sport.
- (3) Se il contraente dell'assicurazione, ovvero l'assicurato, non denuncia la modifica delle mansioni lavorative e dello sport o non accetta l'aumento o la riduzione del premio entro quattordici giorni dalla data in cui ha ricevuto la proposta della compagnia di assicurazione, subentra però un evento assicurativo, gli importi assicurati si aumentano o riducono in proporzione al premio pagato e al premio che avrebbe dovuto essere pagato.

## **Articolo 13: OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI INFORTUNIO**

- (1) L'assicurato che ha subito dei danni a causa di un infortunio è tenuto:
  1. a recarsi subito da un medico, ovvero entro e non oltre 3 giorni da quando ha subito l'infortunio, a chiamare un medico per il controllo e la prestazione dell'assistenza necessaria, a prendere immediatamente tutte le misure necessarie per la cura e ad attenersi per le modalità della cura alle istruzioni e ai consigli del medico;
  2. a denunciare alla compagnia di assicurazioni l'infortunio sull'apposito modulo predisposto dalla compagnia di assicurazioni (di seguito in breve: denuncia), entro 3 giorni dall'infortunio, ovvero non appena le condizioni di salute glielo consentono;

3. nella denuncia dell'infortunio a specificare alla compagnia di assicurazioni tutti i fatti e a consegnare i relativi certificati, soprattutto per quanto riguarda il luogo e l'ora dell'infortunio, la descrizione completa dell'evento, il nome del medico che l'ha visitato e l'ha indirizzato alla cura o che lo sta curando, la documentazione medica sul tipo e il grado di lesioni personali, nonché le eventuali conseguenze verificatesi, i dati sui precedenti infortuni e la cura relativa ad essi, nonché i dati sulle minorazioni fisiche, i deficit e le malattie di cui forse l'assicurato soffriva già prima dell'infortunio.
  4. ad informare la Polizia se l'infortunio è dovuto ad un incidente stradale.
- (2) Alla denuncia dell'evento assicurativo e nella procedura per esercitare i propri diritti, il beneficiario è tenuto a consegnare a proprie spese i seguenti documenti:
    - a. la denuncia dell'infortunio
    - b. il certificato sull'assicurazione valida contro gli infortuni,
    - c. l'attestato che è il beneficiario
    - d. la documentazione medica (ad es. i referti specialistici della cura, la cartella della fisioterapia, e simili)
    - e. il referto medico sul tipo e la problematicità del danno, sulle eventuali conseguenze verificatesi, nonché i dati sui danni, deficit e malattie di cui l'assicurato soffriva prima del verificarsi dell'infortunio,
    - f. l'estratto del registro di stato civile dei morti in caso di morte dell'assicurato,
    - g. i certificati sulla causa di morte in caso di morte dell'assicurato e
    - h. altri attestati su richiesta della compagnia di assicurazioni.
  - (3) Se l'assicurato è morto a causa dell'infortunio, il beneficiario deve subito denunciare per iscritto la morte alla compagnia di assicurazioni e fornire tutta la documentazione medica necessaria.
  - (4) La compagnia di assicurazioni rimborsa le spese dei certificati medici, degli attestati e della restante documentazione che ha richiesto sulla base di una fattura e sino ad un importo che lei stessa decide. La compagnia di assicurazioni non rimborsa le spese per la documentazione medica e di altro tipo che non ha richiesto, né per le spese di viaggio e di altro genere. La compagnia di assicurazioni non copre le spese legali degli avvocati e altri servizi di rappresentanza.
  - (5) L'assicurato delega la compagnia di assicurazioni affinché possa richiedere a lui stesso, al contraente dell'assicurazione, al beneficiario, alla struttura sanitaria, o ad ogni altra persona fisica o giuridica, ulteriori chiarimenti e certificati in modo da accertare le circostanze salienti in relazione all'infortunio denunciato.
  - (6) La compagnia di assicurazioni ha il diritto di richiedere all'assicurato di effettuare un controllo medico presso il medico legale dell'assicurazione per accertare le conseguenze dell'infortunio.
  - (7) È escluso qualsiasi obbligo della compagnia di assicurazioni se nella denuncia dell'infortunio l'assicurato o il beneficiario citano dati falsi relativi all'infortunio, al trattamento medico e alle condizioni di salute prima e dopo l'infortunio che non consentirebbero alla compagnia di assicurazioni di valutare in modo oggettivo l'entità dell'indennità di assicurazione.

## **Articolo 14: OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI IN CASO DI EVENTO ASSICURATIVO**

- (1) La compagnia di assicurazioni versa l'indennità di assicurazione al beneficiario entro quattordici giorni dalla presentazione dell'intera documentazione necessaria per accertare l'obbligo della compagnia di assicurazioni.
- (2) Se l'infortunio ha avuto come conseguenza la morte dell'assicurato o l'invalidità, la compagnia di assicurazioni versa l'intero importo della somma assicurata e concordata in tali casi, indipendentemente dall'indennità giornaliera versata e dalle spese rimborsate per la cura.

## **Articolo 15: ACCERTAMENTO DEGLI OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E VERSAMENTO DELL'INDENNITÀ DI ASSICURAZIONE**

- (1) Morte per infortunio
  1. Se l'assicurato è morto per infortunio, il beneficiario deve presentare una denuncia, la polizza, il certificato relativo al premio pagato, l'attestato che la morte è stata una conseguenza dell'infortunio e altre certificazioni richieste dalla compagnia di assicurazioni. Il beneficiario che non è indicato esplicitamente o per nome sul contratto assicurativo deve presentare anche un attestato relativo al suo diritto all'importo assicurato.
- (2) Morte dovuta ad incidente stradale
  1. La compagnia di assicurazioni paga al beneficiario un importo assicurato per la morte dovuta ad incidente stradale se l'assicurato muore per le conseguenze dello stesso incidente stradale entro un anno dalla data dell'infortunio. Trascorso tale termine cessa la copertura assicurativa.
- (3) Invalidità permanente dovuta ad infortunio
  1. In caso di invalidità per infortunio, l'assicurato deve presentare una denuncia, la polizza, il certificato relativo al premio pagato, gli attestati relativi alle circostanze in cui si è verificato l'infortunio, la propria documentazione medica relativa alle conseguenze consolidate per determinare il grado definitivo di invalidità permanente.

2. La percentuale definitiva di invalidità viene stabilita dalla compagnia di assicurazioni esclusivamente in base alla Tabella per la determinazione dell'invalidità permanente dovuta ad infortunio (di seguito in breve: Tabella di invalidità). Nella determinazione della percentuale di invalidità non vengono prese in considerazione le capacità individuali dell'assicurato, la posizione sociale o la professione (capacità professionale). Parimenti non si tiene conto delle difficoltà soggettive, quali la riduzione della forza muscolare, il formicolio, i disturbi della sensazione, i dolori, i gonfiori e altre modifiche presenti sul punto della lesione.
3. In caso di perdita di più arti o organi a causa di un infortunio, si sommano le percentuali di invalidità per ogni singolo arto o organo, tuttavia l'invalidità complessiva non può essere superiore al 100%.
4. Per diverse lesioni allo stesso arto, organo o articolazione l'invalidità complessiva su un determinato arto o organo non può superare la percentuale che è stabilita in base alla Tabella di invalidità per la perdita completa di tale arto, organo o articolazione.
5. La percentuale definitiva di invalidità viene stabilita in base alla Tabella di invalidità al termine della cura quando, in base alle lesioni e alle conseguenze determinatesi non è possibile aspettarsi, secondo il parere medico, che la situazione migliori o peggiori, ovvero quando le conseguenze delle lesioni si stabilizzano, tuttavia non prima di 6 (sei) mesi dal termine della cura se non è indicato diversamente in un singolo punto della tabella. Nel caso in cui le conseguenze delle lesioni non si stabilizzano neanche dopo tre anni dall'infortunio, si considera la situazione definitiva al trascorrere di tale termine e in base a questa si stabilisce la percentuale di invalidità. Trascorsi tre anni dall'infortunio si esclude l'obbligo della compagnia di assicurazioni per un qualsiasi ulteriore aggravamento delle condizioni di salute dell'assicurato.
6. Non si sommano i gradi di invalidità per diversi danni alla stessa articolazione che sono dovuti allo stesso infortunio. L'invalidità viene stabilita in base al punto che rappresenta la percentuale maggiore. Nell'utilizzo di determinati punti della Tabella di invalidità per la singola conseguenza del danno allo stesso arto o organo si applica quel punto che stabilisce la maggiore percentuale. In tal caso non è consentito utilizzare due o più punti per le conseguenze dello stesso danno.
7. Nel caso di inserimento di un'endoprotesi non si riconosce l'invalidità per una ridotta mobilità.
8. In caso di pseudoartrosi e osteomielite cronica fistolizzata l'invalidità viene valutata solo alla fine della cura.
9. Se già prima dell'infortunio la capacità lavorativa generale dell'assicurato era ridotta in modo permanente, l'obbligo della compagnia di assicurazioni viene determinato in base all'invalidità subentrata ex novo, indipendentemente dalla precedente, fatto salvo i seguenti casi:
  - a) se a causa dell'infortunio si è verificato un aumento dell'invalidità sino ad allora presente, l'obbligo della compagnia di assicurazioni viene stabilito in base alla differenza tra la percentuale complessiva di invalidità dopo l'ultimo infortunio e la percentuale di invalidità antecedente a tale infortunio;
  - b) se a causa dell'infortunio l'assicurato ha perso o ha subito un danno ad arti o organi già precedentemente danneggiati, l'obbligo della compagnia di assicurazioni viene stabilito solo sulla base dell'aggravamento dell'invalidità;
  - c) se le precedenti modificazioni degenerative del sistema osteo-articolare influiscono sull'aggravamento dell'invalidità dopo l'infortunio, la compagnia di assicurazioni riduce l'invalidità definitiva derivante dalla Tabella di invalidità in modo proporzionale allo stato della malattia:
    - in caso di modificazioni degenerative iniziali.....20%
    - in caso di modificazioni degenerative moderate.....30%
    - in caso di vaste modificazioni degenerative.....50%;
  - d) se si dimostra che l'assicurato soffre di diabete, una malattia del sistema nervoso centrale o periferico, sordità, infermità visiva, una malattia del sistema vascolare o una malattia polmonare cronica e se tali patologie influiscono sull'aggravamento dell'invalidità dopo l'infortunio, la compagnia di assicurazioni ridurrà della metà l'invalidità definitiva di cui la Tabella di invalidità;
  - e) se la precedente patologia cronica è causa dell'infortunio, la compagnia di assicurazioni ridurrà della metà l'invalidità definitiva di cui la Tabella di invalidità;
10. Sino a che non sarà possibile accertare la percentuale definitiva di invalidità, la compagnia di assicurazioni, su richiesta dell'assicurato, può versare un importo che corrisponde indubbiamente ad una percentuale di invalidità per la quale, in base alla documentazione medica, può già adesso constatare che rimarrà in modo permanente. L'importo del versamento non deve superare l'entità dell'importo assicurato per la morte dovuta ad infortunio.
11. Se l'assicurato muore per le conseguenze dello stesso infortunio prima che trascorra un anno dalla data dell'infortunio ed era già stata accertata la percentuale definitiva di invalidità, la compagnia di assicurazioni versa l'importo assicurato per la morte, ovvero la differenza tra l'importo assicurato per la morte e l'importo che era già stato versato per l'invalidità, qualora esista tale differenza.
12. Se la percentuale definitiva di invalidità non è ancora stata stabilita, l'assicurato invece muore a causa dello stesso infortunio, la compagnia di assicurazioni versa l'importo assicurato in caso di morte, ovvero la differenza stessa tra tale importo ed un'eventuale parte già precedentemente versata (acconto), tuttavia solo qualora l'assicurato sia morto entro e non oltre tre anni dalla data dell'infortunio.

(4) Indennità giornaliera per infortunio:

1. Se a causa dell'infortunio l'assicurato è momentaneamente inabile a lavorare, deve presentare un certificato medico con una diagnosi completa, dati precisi sul quando e il perché l'assicurato abbia iniziato a curarsi e da quale giorno e sino a quando non è stato in grado di svolgere le sue regolari mansioni lavorative ed è stato per questo assente dal lavoro.

2. Se l'infortunio ha come conseguenza l'inabilità temporanea al lavoro per l'assicurato e in base al contratto assicurativo è stato concordato il versamento di un'indennità giornaliera, la compagnia di assicurazioni versa al beneficiario un'indennità pari all'importo concordato dal giorno successivo all'inizio della cura e che è concordato nella polizza (carenza concordata). Se tale giorno non è stabilito, la compagnia di assicurazioni versa l'indennità dal primo giorno seguente alla data in cui è iniziata la cura dal medico o presso l'ente medico. L'indennità giornaliera viene versata per il periodo di inabilità al lavoro per curarsi attivamente sino all'accertamento dell'invalidità, ovvero sino alla data della morte, tuttavia al massimo per 230 giorni di terapia dopo un infortunio...
  3. Per periodo di cura attiva, che in base a tali condizioni viene accertato esclusivamente dalla compagnia di assicurazioni sulla base della documentazione medica allegata, si intende il periodo che è solitamente necessario per la cura di determinate lesioni. Il periodo di cura attiva non è necessariamente uguale al periodo in cui si è effettivamente inabili a lavorare. Nel periodo di cura attiva non si considerano i tempi di attesa per le analisi diagnostiche, gli interventi medici, la fisioterapia, i tempi per un posto di lavoro adeguato, la commissione d'invalidità e simili.
  4. Il periodo consueto per curare la lesione viene accertato in base al tempo mediamente impiegato per la cura della lesione, tenendo conto delle raccomandazioni dell'Ente per l'assicurazione medica della Slovenia (ZZZS).
  5. Eccezionalmente si riconosce l'indennità giornaliera per il periodo di immobilizzazione con il gesso, anche se durante quel periodo l'assicurato ha svolto il suo lavoro ordinario.
  6. Quando si tratta di curare contemporaneamente due o più lesioni in cui viene raddoppiato il tempo per la cura contemporanea delle lesioni, viene riconosciuta un'unità dell'indennità giornaliera concordata per un giorno di terapia congiunta.
  7. Nel caso in cui l'inabilità al lavoro per l'assicurato, stanti le conseguenze dell'infortunio, si protragga più del normale corso della cura per altri motivi di salute, la compagnia di assicurazioni, a propria discrezione, in base alla natura della lesione e delle sue conseguenze, nonché sulla base della documentazione medica, può ridurre l'indennità giornaliera per infortunio. Per determinare l'indennità giornaliera per infortunio si tiene conto della durata media della cura per lo stesso tipo di lesione, senza tener conto di possibili complicazioni durante la cura, secondo la raccomandazione dell'Ente per l'assistenza sanitaria della Slovenia (ZZZS).
  8. Se l'inabilità temporanea al lavoro si è protratta per altri motivi di salute, la compagnia di assicurazioni versa l'indennità giornaliera solo per il periodo di invalidità temporanea al lavoro che è dovuto esclusivamente all'infortunio.
  9. Nei casi di inabilità temporanea al lavoro in cui la presenza sul lavoro è inferiore alle 8 ore, l'indennità giornaliera per infortunio viene riconosciuta in proporzione.
  10. In caso di cura della distorsione e/o stiramento del rachide cervicale viene riconosciuto il versamento dell'indennità giornaliera per infortunio per 6 settimane al massimo dall'evento assicurativo.
  11. In caso di disoccupati, studenti e pensionati si considera come inabilità temporanea al lavoro il periodo di cura che viene valutato dalla compagnia di assicurazioni sulla base della documentazione medica. Per i bambini, gli alunni e gli studenti si tiene conto del periodo in cui non possono frequentare le lezioni ovvero l'asilo, ad eccezione del caso di immobilizzazione con il gesso.
  12. In caso di nuova lesione sulla stessa parte del corpo l'indennità giornaliera per infortunio viene ridotta di un terzo ad ogni lesione successiva, ad eccezione di una nuova distorsione sulla stessa parte del corpo in cui l'indennità giornaliera per infortunio viene ridotta della metà.
- (5) Indennità giornaliera per le cure in ospedale a causa di infortunio:
1. Se a causa dell'infortunio è necessario il ricovero e la cura dell'assicurato in ospedale e in base al contratto assicurativo è stata concordata anche un'indennità giornaliera in caso di ricovero e cura in ospedale, l'assicurato, subito dopo aver terminato la cura, è tenuto a presentare alla compagnia di assicurazioni la lettera di dimissioni dall'ospedale che deve comprendere il nome, cognome e indirizzo dell'assicurato, la sua data di nascita, la data di accettazione e dimissioni dall'ospedale, la diagnosi e il trattamento. La compagnia di assicurazioni versa l'indennità concordata per il numero di pernottamenti in ospedale, tuttavia al massimo per 365 giorni per il singolo evento assicurativo.  
Ai sensi del capoverso precedente per ospedale si intendono gli ospedali generali, specializzati, le cliniche e l'Ente per la riabilitazione, la cui attività consiste nella terapia e nella diagnostica approfondita. Gli stabilimenti termali, le case e gli enti per il riposo e l'attività ricreativa non sono considerati come ospedali.
  2. In caso di nuova lesione sulla stessa parte del corpo l'indennità giornaliera per le cure in ospedale a causa di infortunio viene ridotta di un terzo ad ogni lesione successiva, ad eccezione di una nuova distorsione sulla stessa parte del corpo in cui l'indennità giornaliera per le cure in ospedale a causa di infortunio viene ridotta della metà.
  2. In caso di nuova lesione sulle stesse parti del corpo, ad ogni lesione successiva viene detratto un terzo dall'indennità giornaliera riconosciuta per le cure in ospedale a causa di infortunio.
- (6) Indennità giornaliera per le cure in uno stabilimento termale a causa di infortunio:
1. Se a causa dell'infortunio è necessario il soggiorno in uno stabilimento termale e in base al contratto assicurativo è stata concordata anche un'indennità giornaliera per le cure in uno stabilimento termale, l'assicurato, subito dopo aver terminato la cura, è tenuto a presentare alla compagnia di assicurazioni l'impegnativa per le cure stazionari alle terme e il certificato dello stabilimento termale relativo alla durata del soggiorno. La compagnia di assicurazioni versa l'indennità concordata dal primo all'ultimo giorno di soggiorno nello stabilimento termale, tuttavia al massimo per 30 giorni per il singolo evento assicurativo.

2. In caso di nuova lesione sulla stessa parte del corpo l'indennità giornaliera per le cure in uno stabilimento termale a causa di infortunio viene ridotta di un terzo ad ogni lesione successiva, ad eccezione di una nuova distorsione sulla stessa parte del corpo in cui l'indennità giornaliera per le cure in uno stabilimento termale a causa di un infortunio viene ridotta della metà.
  2. In caso di nuova lesione sulla stessa parte del corpo, ad ogni lesione successiva viene detratto un terzo dall'indennità giornaliera riconosciuta per le cure in uno stabilimento termale a causa di un infortunio.
- (7) Costi della terapia a causa dell'infortunio:
1. Se l'infortunio ha come conseguenza un danno alla salute dell'assicurato che richiede assistenza medica e in base al contratto assicurativo è stato concordato anche il rimborso dei costi della terapia a causa dell'infortunio, la compagnia di assicurazioni, indipendentemente dal fatto se vi sia qualche altra conseguenza, sulla base degli attestati originali presentati, rimborsa tutti i costi effettivi e necessari della terapia che sono maturati nel corso delle cure, tuttavia al massimo sino all'importo assicurato che è indicato sulla polizza.
  2. Rientrano tra i costi della terapia di cui il precedente capoverso anche quelli per le protesi e per l'acquisto di altri dispositivi, se ciò è necessario a giudizio del medico. La compagnia di assicurazioni non copre i costi della terapia se l'assicurato gode di cure gratuite negli ospedali, bensì rimborsa solo quei costi della terapia che l'assicurato deve pagare da solo. La compagnia di assicurazioni non copre le spese di trasporto come il chilometraggio, l'autobus, il treno, il taxi e simili. La compagnia di assicurazioni non copre successive spese per le cure in uno stabilimento termale e in simili strutture sanitarie, nonché le spese per i farmaci al di fuori degli ospedali nazionali.
- (8) Spese per le esequie a causa dell'infortunio:
1. Se in base al contratto assicurativo è stata concordata la copertura delle spese per le esequie a causa dell'infortunio, la compagnia di assicurazioni, in caso di morte dell'assicurato per infortunio, versa l'importo assicurato che era stato concordato.

## **Articolo 16: BENEFICIARI DELL'ASSICURAZIONE**

- (1) Il beneficiario in caso di morte dell'assicurato viene designato nella polizza.
- (2) Se non è stato stabilito nulla nella polizza, in caso di morte dell'assicurato sono considerati beneficiari dell'importo assicurato:
  1. i figli dell'assicurato e il coniuge in parti uguali;
  2. in assenza del coniuge, i figli dell'assicurato in parti uguali;
  3. in assenza di figli, il coniuge;
  4. in assenza del coniuge, i genitori dell'assicurato in parti uguali; se vive solo uno dei genitori gli spetta l'intero importo assicurato;
  5. in assenza delle persone indicate nei precedenti punti, gli eredi legittimi in base a un decreto del Tribunale passato in giudicato.
- (3) Nel designare il beneficiario ai sensi del presente articolo, si considera coniuge quella persona che era sposata con l'assicurato all'atto della sua morte. Lo stesso vale anche per l'uomo e la donna che hanno coabitato per diverso tempo e ai sensi della Legge sul matrimonio e i rapporti familiari il loro rapporto è considerato alla stessa stregua di un matrimonio.
- (4) In caso di invalidità, inabilità temporanea al lavoro, come anche per il rimborso dei costi delle cure, il beneficiario è lo stesso assicurato, a meno che non sia concordato diversamente.
- (5) Se il beneficiario è un minore, l'indennità di assicurazione viene pagata sul suo conto corrente o su quello dei genitori o dei tutori che a tale scopo consegnano una procura da parte dell'organo competente.

## **Articolo 17: PROCEDURA PERITALE**

- (1) Se il contraente dell'assicurazione, l'assicurato o il beneficiario e la compagnia di assicurazioni non concordano sull'esistenza dell'infortunio e sull'importo dell'obbligo della compagnia di assicurazioni, possono affidare ai periti l'accertamento dei fatti controversi.
- (2) La compagnia di assicurazioni nomina un perito, l'altro è nominato dall'altra parte. Prima dell'inizio della procedura i due periti designati ne nominano un terzo che trasmette un suo parere tecnico solo se divergono le constatazioni dei primi due periti in merito ai fatti controversi, e solo nei limiti delle loro constatazioni e pareri. La decisione del terzo perito è definitiva.
- (3) Ciascuna parte paga le spese del perito che ha nominato, per il terzo perito ciascuna delle parti paga metà delle spese.

## **Articolo 18: MODIFICA DELLE CONDIZIONI ASSICURATIVE O DEL PREMIO**

- (1) Se la compagnia di assicurazioni modifica le condizioni assicurative o il premio deve avvisare l'assicurato della modifica almeno 60 giorni prima della scadenza dell'anno assicurativo in corso.
- (2) L'assicurato ha il diritto, entro 60 giorni dalla ricezione della comunicazione relativa alla modifica delle condizioni assicurative, di rescindere il contratto assicurativo. Il contratto cessa di valere alla scadenza dell'anno assicurativo in corso.
- (3) Se l'assicurato non rescinde il contratto assicurativo, quest'ultimo viene modificato all'inizio del successivo anno assicurativo in conformità alle nuove condizioni assicurative o al premio.

## **Articolo 19: MODIFICA DELL'INDIRIZZO E NOTIFICA**

- (1) Il contraente dell'assicurazione, o l'assicurato, deve informare la compagnia di assicurazioni riguardo alla modifica del domicilio o della sede o del proprio nome o della ragione sociale, entro 15 giorni dalla data della modifica.
- (2) Se il contraente dell'assicurazione, o l'assicurato, ha modificato l'indirizzo del domicilio o della sede o del proprio nome o della ragione sociale, e non l'ha comunicato alla compagnia di assicurazioni, è sufficiente che la compagnia di assicurazioni invii la comunicazione, che deve inviare al contraente dell'assicurazione, all'indirizzo del suo ultimo domicilio o sede conosciuta, o lo indirizzi al suo ultimo nome o ragione sociale conosciuta.
- (3) Nel caso in cui non abbia successo il tentativo di notifica al contraente dell'assicurazione di una comunicazione raccomandata (per trasferimento, rifiuto e simili), la compagnia di assicurazioni considera notificata la posta restituita e la deposita presso la sede della compagnia di assicurazioni. Il contraente dell'assicurazione concorda che la posta raccomandata non notificata e restituita si considera ricevuta il giorno del primo tentativo di notifica e si ritiene che il destinatario è a conoscenza del suo contenuto.

## **Articolo 20: TUTELA DEI DATI PERSONALI**

- (1) In conformità alla Legge sulla tutela dei dati personali il contraente dell'assicurazione, o l'assicurato, consente che i suoi dati personali vengano utilizzati nella raccolta dati creata, gestita e tenuta dalla compagnia di assicurazioni e con lei dalle imprese collegate e autorizzate alla rappresentanza e alla intermediazione delle assicurazioni.
- (2) Firmando la polizza assicurativa, ovvero delegando al contraente la stipula dell'assicurazione, l'assicurato consente alla compagnia di assicurazioni e al suo delegato di esaminare la documentazione medica, nonché la restante documentazione che è necessaria per accertare gli obblighi della compagnia di assicurazioni.
- (3) I suddetti dati personali saranno utilizzati solo nel corso dell'assicurazione e ai fini di comunicare all'assicurato, ovvero al contraente dell'assicurazione, le novità e le offerte della compagnia di assicurazioni. La compagnia di assicurazioni si impegna a tutelare con accortezza i dati medici, nonché tutti gli altri dati personali, in conformità alla legislazione in vigore.

## **Articolo 21: RISOLUZIONE EXTRAGIUDIZIALE DELLE CONTROVERSIE**

- (1) È consentito un ricorso scritto contro una decisione della compagnia di assicurazioni. Il ricorso deve essere depositato per iscritto a quella unità organizzativa della compagnia di assicurazioni in cui è stata stipulata l'assicurazione. Il ricorso può essere consegnato personalmente, inviato per posta o tramite il sito web della compagnia di assicurazioni.
- (2) Il ricorso viene preso in esame dall'organo competente per i ricorsi, in conformità al regolamento della compagnia di assicurazioni che regola la procedura interna per la risoluzione dei ricorsi. La decisione della Commissione per il ricorso è definitiva e non sono possibili ulteriori procedure presso la compagnia di assicurazioni.
- (3) In caso di disaccordo con la decisione definitiva della compagnia di assicurazioni, la procedura per la risoluzione extragiudiziale della controversia può essere continuata, previo apposito accordo, presso il Centro di mediazione che opera nell'ambito dell'Associazione assicurativa slovena (Slovensko zavarovalno združenje).

## **Articolo 22: RESCISSIONE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO**

- (1) Ciascuna parte contraente può rescindere l'assicurazione a durata indeterminata se l'assicurazione non è cessata per qualche altro motivo.
- (2) Se sulla polizza è indicato solo l'inizio dell'assicurazione, quest'ultima viene rinnovata di anno in anno sino a che non viene rescissa da una delle parti contraenti.
- (3) L'assicurazione viene rescissa per iscritto almeno tre mesi prima della scadenza dell'anno assicurativo in corso. Se l'assicurazione è stata stipulata per più di tre anni, trascorso tale termine, ciascuna delle parti, con un preavviso di sei mesi può rescindere il contratto comunicandolo per iscritto all'altra parte.

## **Articolo 23: APPLICAZIONE DELLA LEGGE E COMPETENZA IN CASO DI CONTROVERSIA GIUDIZIARIA**

- (1) Per regolamentare i rapporti giuridici inerenti al contratto assicurativo si applica il diritto sloveno.
- (2) Le controversie tra la compagnia di assicurazioni, il contraente dell'assicurazione, l'assicurato e il beneficiario vengono risolte dal Tribunale competente in base alla località di stipula del contratto.

## **Articolo 24: PRESCRIZIONE DELLE RICHIESTE**

Le richieste derivanti dal contratto assicurativo per l'assicurazione contro gli infortuni vanno in prescrizione secondo le disposizioni del Codice delle obbligazioni.

## Articolo 25: DISPOSIZIONI CONCLUSIVE

- (1) Parte integrante delle presenti condizioni è la Tabella per la determinazione dell'invalidità permanente a causa di infortunio.
- (2) Per i rapporti tra il contraente dell'assicurazione, l'assicurato e la compagnia di assicurazioni che non sono regolamentati dalle presenti condizioni si applicano le disposizioni del Codice delle obbligazioni.

*L'Agenzia per la sorveglianza assicurativa/Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana, è competente ad attuare la sorveglianza sulla compagnia di assicurazioni.*

## TABELLA PER DETERMINARE L'INVALIDITÀ PERMANENTE A CAUSA DI INFORTUNIO

### DISPOSIZIONI GENERALI

1. La presente tabella per determinare la percentuale di perdita permanente dell'inabilità generale al lavoro per infortunio (di seguito in breve: Tabella di invalidità) è parte integrante delle Condizioni generali per l'assicurazione contro gli infortuni delle persone e di ogni singolo contratto per l'assicurazione contro gli infortuni delle persone che il contraente dell'assicurazione ha stipulato con ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (di seguito in breve: compagnia di assicurazioni).
2. Riguardo all'assicurazione contro gli infortuni delle persone, per accertare la perdita permanente dell'inabilità al lavoro si applica esclusivamente la percentuale definita nella presente Tabella di invalidità.
3. Se durante un infortunio si verificano diversi danni ad un singolo arto, organo o alla colonna vertebrale, l'invalidità complessiva su un determinato arto, organo o sulla colonna vertebrale viene stabilita applicando la percentuale definita nella Tabella di invalidità per la conseguenza più grave del danno; per la successiva conseguenza di rilievo si applica la metà della percentuale definita nella Tabella d'invalidità, segue 1/4, 1/8 ecc..  
La percentuale complessiva di invalidità non deve superare la percentuale che è definita in base alla Tabella di invalidità per la perdita completa di tale arto o organo.  
Nel determinare la ridotta mobilità degli arti è obbligatoria la misurazione comparativa con l'artrometro.
4. Nei punti della tabella che prevedono un'invalidità a causa della ridotta mobilità delle singole articolazioni o di parti del corpo sino ad una determinata percentuale, quest'ultima viene stabilita sulla base del deficit di mobilità calcolato rispetto ad un'articolazione o una parte del corpo sana, ovvero secondo i valori normali, generalmente riconosciuti, della mobilità stabilita secondo il metodo AO dello 0-Neutro di RYF.  
Per una corretta applicazione del relativo punto della Tabella di invalidità bisogna in primo luogo, sulla base del numero dei determinati gradi di mobilità limitata, accertare il limite superiore di mobilità per ogni singolo grado e nell'ambito di quello, in cui rientra il deficit riscontrato di mobilità, è necessario calcolare la parte proporzionale di invalidità che spetta all'assicurato, rispetto al deficit riscontrato di mobilità e in base alla percentuale stabilita di invalidità per quel grado.  
Nella valutazione della mobilità limitata si utilizza un metodo di misurazione goniometrica. La ridotta mobilità delle articolazioni in conseguenza di un danno si comincia a stimare come invalidità solo se la somma di tutti i movimenti rilevati nell'articolazione misurata, espressa in gradi, si discosta per più del 10% dal volume normale dei movimenti.
5. Se qualche conseguenza del danno non è prevista dalla Tabella di invalidità, la percentuale di invalidità viene stabilita in conformità a conseguenze simili che sono riportate nella Tabella di invalidità, tuttavia non deve essere superiore alla percentuale del punto con cui viene confrontata e non si può riferire a una condizione che la Tabella non include.

### I. TESTA

- 1) Danni diffusi al sistema nervoso centrale con quadro clinico accertato di decorticazione o decerebrazione:  
emiplegia di tipo pregresso con afasia e agnosia;  
demenza (sindrome di Korsakov);  
morbo di Parkinson bilaterale con inibizione motoria;  
emiplegia completa, paraplegia, triplegia, tetraplegia;  
epilessia con demenza e deterioramento psichico;  
psicosi seguente ad un danno al cervello .....100%
- 2) Danni al cervello con quadro clinico accertato:  
emiparesi con spasticità evidente;  
presenza di sintomi extrapiramidali (con impossibilità di coordinamento dei movimenti o fenomeni di movimenti involontari);  
paralisi pseudobulbare con riso e pianto spastico;  
danni al cervelletto con disturbi evidenti di equilibrio, andatura e coordinamento

- dei movimenti .....90%
- 3) Sindrome pseudobulbare .....80%
- 4) Epilessia in conseguenza di contusioni al cervello:
- a) che richiede una terapia antiepilettica permanente .....sino al 20%
- b) con frequenti attacchi o modifiche caratteriali della personalità, accertata in ospedale o in base alle relative analisi..sino al 70%
- 5) Danni diffusi al cervello con le conseguenze rilevate dal punto di vista clinico di una sindrome psico-organica, con il referto di uno psichiatra e psicologo in base alla terapia con le relative analisi:
- a) di lieve entità .....sino al 40%
- b) di entità moderata .....sino al 50%
- c) di grave entità .....60%
- 6) Emiparesi o disfasia:
- a) di lieve entità .....sino al 30%
- b) di entità moderata .....sino al 40%
- c) di grave entità .....sino al 50%
- 7) Danni al cervelletto con adiadococinesia e asinergia .....sino al 40%
- 8) Contusioni al cervello:
- a) Sindrome post-concussionale con referto neurologico oggettivo dopo la contusione al cervello accertata in ospedale.....sino al 20%
- b) Ematoma intracranico operato senza calo neurologico .....sino al 5%;
- 9) Frattura della base cranica – volta cranica che è verificata tramite radiografia.....sino al 5%;
- 10) Sindrome postcommozionale conseguente alla commozione celebrale, accertata in ospedale, con referto neurologico o psicologico .....sino al 5%;

### Disposizioni particolari

1. L'invalidità non viene riconosciuta per la commozione celebrale che non è stata accertata in ospedale entro 24 ore dall'infortunio.
  2. Tutte le forme di epilessia devono essere accertate in ospedale con moderni metodi diagnostici.
  3. Le percentuali di invalidità non si sommano per le diverse conseguenze del danno al cervello causato da un infortunio, bensì la percentuale viene stabilita solo in base al punto che è più conveniente per l'assicurato.
  4. Per tutti i casi che rientrano nei punti da 1 a 10 l'invalidità viene stabilita al termine della terapia, ovvero trascorsi almeno 12 mesi dall'infortunio. Per il punto 4b l'invalidità viene stabilita trascorsi 24 mesi dall'infortunio.
  5. Le valutazioni dell'invalidità in base al punto 5 e al punto 10 si escludono a vicenda.
- 11) Scalpo del cuoio capelluto:
- a) un terzo del cuoio capelluto .....5%
- b) sino a metà del cuoio capelluto .....15%
- c) intero cuoio capelluto .....30%;

## II. OCCHI

- 12) Cecità assoluta binoculare.....100%
- 13) Cecità assoluta monoculare.....33%
- 14) Minorazione visiva su un occhio:
- per ogni decimo di riduzione della vista.....3,33%
- 15) Diplopia, come conseguenza permanente e incorreggibile di un danno all'occhio.....sino al 5%
- 16) Perdita del cristallino:
- a) afachia monolaterale .....15%
- b) afachia bilaterale .....20%
- 17) Danno parziale della retina e del corpo vitreo:

- a) perdita parziale del campo visivo in conseguenza del distacco postraumatico della retina.....sino al 5%
  - b) opacità del corpo vitreo (opacitates corporis vitrei) in conseguenza del sanguinamento postraumatico nel corpo vitreo.....5%
- 18) Midriasi – in conseguenza di un colpo diretto all'occhio .....sino al 5%
- 19) Oftalmoplegia interna assoluta .....sino al 10%
- 20) Danno alla ghiandola lacrimale e alle palpebre degli occhi:
- a) epifora .....sino al 5%
  - b) entropion, ectropion .....sino al 5%
  - c) ptosi palpebrale .....sino al 5%
- 21) Riduzione concentrica monolaterale del campo visivo:
- a) sino a 50 gradi .....sino al 5%
  - b) sino a 30 gradi..... sino al 15%
  - c) sino a 5 gradi ..... sino al 30%
- 22) Emianopsia omonima ..... 30 %

#### **Disposizioni particolari**

1. Per i danni all'occhio l'invalidità viene stabilita al termine della cura, ad eccezione dei punti 15 e 19 in base ai quali l'invalidità viene stabilita trascorsi 12 mesi dal danno.
2. I danni all'occhio in base ai punti 16, 17 e 18, che hanno per conseguenza anche una minorazione della vista, non vengono sommati con la valutazione in base al punto 14, bensì viene scelta quella valutazione che è più conveniente per l'assicurato, cioè quel punto che porta una maggiore percentuale di invalidità.
3. L'invalidità in base ai punti 21 e 22 non viene considerata nei casi di trauma cranico e danni alle parti molli del collo.

### **III. ORECCHIE**

- 23) Sordità assoluta:
- a) con reazione calorica conservata dell'organo vestibolare.....40%
  - b) con reazione calorica spenta dell'organo vestibolare.....60%
- 24) Indebolimento dell'organo vestibolare con udito conservato .....sino al 5%
- 25) Sordità assoluta su un orecchio:
- a) con reazione calorica conservata dell'organo vestibolare ..... 15%
  - b) con reazione calorica spenta dell'organo vestibolare .....20%
- 26) Ipoacusia bilaterale con reazioni caloriche conservate dell'organo vestibolare con perdita dell'udito secondo Fowler Sabine:
- a) 20 – 30% ..... sino al 5%
  - b) 31 – 60% ..... sino al 10%
  - c) 61 – 85% ..... sino al 20%
- 27) Ipoacusia bilaterale con reazioni caloriche spente dell'organo vestibolare con perdita dell'udito secondo Fowler – Sabine:
- a) 20 – 30% ..... sino al 10%
  - b) 31 – 60% ..... sino al 20%
  - c) 61 – 85% ..... sino al 30%
- 28) Ipoacusia grave monolaterale con perdita dell'udito ad un livello da 90 a 95 decibel:
- a) con reazione calorica conservata dell'organo vestibolare ..... 10%
  - b) con reazione calorica spenta dell'organo vestibolare .....12,5%
- 29) Menomazione del padiglione auricolare:
- a) parziale perdita del padiglione auricolare o deformità parziale .....sino al 5%
  - b) perdita assoluta o deformità assoluta ..... 10%

### **IV. VISO**

- 30) Cicatrici deturpanti del viso con disturbi funzionali e/o deformazione dell'osso dopo la frattura delle ossa del viso:
- a) di lieve entità ..... sino al 5%
  - b) di entità più grave ..... sino al 10%

## Disposizioni particolari

L'invalidità non viene riconosciuta per le cicatrici dovute a trattamenti cosmetici ed estetici, nonché per altre modifiche al viso.

- 31) Apertura limitata della bocca dopo la frattura delle ossa della mandibola, se la distanza tra i denti superiori e quelli inferiori:
- a) va da 3,1 cm a 4 cm .....sino al 5%
  - b) va da 1,6 cm a 3 cm ..... sino al 15%
  - c) è meno di 1,5 cm ..... 30%
- 32) Difetti della mandibola, della lingua o del palato con disturbi funzionali:
- a) di lieve entità ..... sino al 10%
  - b) di entità moderata .....sino al 20%
  - c) di grave entità .....sino al 30%
- 33) Perdita di denti permanenti sani, per ciascun dente ..... 1%
- 34) Perdita parziale di un dente permanente sano sino ad 1/3 ..... 0,5%
- 35) Blocco del nervo facciale dopo la frattura dell'osso temporale o dopo un danno alla relativa regione parotidea:
- a) di lieve entità .....sino al 10%
  - b) di grave entità, con una contrattura e un tic alla muscolatura mimica ..... sino al 20%
  - c) paralisi del nervo facciale ..... 25%

### Disposizioni particolari

1. Secondo i punti 33 e 34 l'invalidità non viene riconosciuta se la perdita del dente permanente è avvenuta durante i pasti.
2. Secondo il punto 35 l'invalidità viene stabilita al termine della terapia, tuttavia non prima di 24 mesi dalla lesione.
3. L'invalidità non viene riconosciuta per il danno su un dente riparato, malato o sostituito.

## V. NASO

- 36) Danno al naso:
- a) parziale perdita del naso ..... sino al 15%
  - b) perdita dell'intero naso ..... 30%
- 37) Anosmia in conseguenza di una frattura verificata della parte superiore interna dello scheletro nasale.....sino al 5%
- 38) Modifica della forma della piramide nasale .....sino al 5%

## VI. TRACHEA ED ESOFAGO

- 39) Danni alla trachea:
- a) situazione dopo una tracheotomia grazie alle indicazioni vitali dopo la lesione .....5%
  - b) stenosi della trachea dopo un danno alla gola e alla parte iniziale della trachea ..... 10%
- 40) Stenosi della trachea per cui è necessaria una cannula tracheale costante ..... 50%
- 41) Raucedine organica permanente a causa della lesione ..... sino al 10%
- 42) Restringimento dell'esofago:
- a) di lieve entità ..... sino al 10%
  - b) di grave entità ..... sino al 30%
- 43) Restringimento completo dell'esofago con gastrostomia permanente ..... 60%

## VII. GABBIA TORACICA

- 44) Danni alle coste:
- a) Frattura di due costole se è consolidata e scomposta o frattura dello sterno consolidata e scomposta senza insufficienza polmonare a carattere restrittivo..... 3%
  - b) Frattura di tre o più costole se è consolidata e scomposta senza insufficienza polmonare a carattere restrittivo ..... 5%
- 45) Situazione dopo una toracotomia .....sino al 10%

- 46) Funzione polmonare ridotta a carattere restrittivo dovuta ad una frattura delle costole, a lesioni penetranti della gabbia toracica, ad aderenze post-traumatiche, ad emotorace e pneumotorace:
- a) di lieve entità: del 20 – 30% ..... sino al 15%
  - b) di entità moderata: del 31 – 50% ..... sino al 30%
  - c) di grave entità: di più del 51% ..... sino al 45%

#### Disposizioni particolari

1. La capacità polmonare deve essere accertata con una nuova spirometria, se necessario anche con un esame polmonare dettagliato e un'ergometria.
  2. Se negli stati di cui il punto 44 è presente una riduzione della funzione polmonare a carattere restrittivo, l'invalidità non viene stabilita in base ai suddetti punti, bensì in base al punto 46.
  3. L'invalidità non viene riconosciuta per la frattura di una costola.
- 47) Mastectomia ad un seno:
- a) sino ai 50 anni d'età ..... 10%
  - b) dopo i 50 anni d'età .....5%
- 48) Mastectomia ad entrambi i seni:
- a) sino ai 50 anni d'età ..... 30%
  - b) dopo i 50 anni d'età .....15%
- 49) Deformazione pesante del seno:
- a) sino ai 50 anni d'età ..... sino al 5%
  - b) dopo i 50 anni d'età ..... sino al 2,5%
- 50) Disturbi funzionali del sistema cardiovascolare successivi ad una lesione al cuore e alle vene grandi con referto del cardiologo in base alla gravità dei disturbi (NYHA) ...sino al 60%

### VIII. PELLE

- 51) Cicatrici profonde sul corpo in seguito a ustioni o lesioni che sono presenti:
- a) sino al 10% della superficie del corpo ..... sino al 5%
  - b) sino al 20% della superficie del corpo ..... sino al 15%
  - c) oltre il 20% della superficie del corpo ..... 30%

#### Disposizioni particolari

1. I casi di cui il punto 51 vengono stabiliti e calcolati secondo la regola del 9 (lo schema si trova alla fine della tabella).
2. L'invalidità non viene riconosciuta per cicatrici dovute a trattamenti estetici.
3. I disturbi funzionali (motilità) dovuti alle ustioni e alle lesioni di cui il punto 51 vengono stabiliti in base ai relativi punti della Tabella di invalidità.

### IX. ORGANI DELL'APPARATO DIGERENTE

- 52) Ernia traumatica che è stata accertata in ospedale subito dopo l'infortunio e se è stata contemporaneamente verificata dal punto di vista clinico una lesione alle parti molli della parete addominale in quell'area ..... sino al 5%
- 53) Lesioni al diaframma:
- a) situazione successiva allo scoppio del diaframma, verificata in ospedale subito dopo il danno e curata chirurgicamente ..... 10%
  - b) ernia diaframmatica – recidiva dell'ernia diaframmatica curata chirurgicamente subito dopo l'infortunio ..... 30%
- 54) Ernia post-operativa dopo laparotomia dovuta all'infortunio ..... sino al 10%
- 55) Danni all'intestino e/o al fegato e/o allo stomaco:
- a) terapia con intervento di sutura ..... sino al 15%
  - b) danno all'intestino e/o allo stomaco con resezione ..... sino al 20%
  - c) danno al fegato con resezione ..... sino al 30%
- 56) Asportazione della milza (splenectomia):
- a) sino ai 20 anni d'età .....25%

- b) dopo i 20 anni d'età .....20%
- 57) Danno al pancreas con resezione in conformità alla conseguenza funzionale .... sino al 20%
- 58) Ano preternaturale – permanente, dopo l'infortunio ..... 50%
- 59) Fistola stercoracea, dopo l'infortunio ..... 30%
- 60) Incontinenza fecale – permanente, dopo l'infortunio:
  - a) parziale ..... sino al 30%
  - b) assoluta ..... 60%
- 61) Prolasso rettale permanente, dopo l'infortunio .....20%

#### **X. ORGANI DELL'APPARATO URINARIO**

- 62) Perdita di un rene con funzione normale dell'altro ..... 30%
- 63) Perdita di un rene con funzione deficitaria dell'altro:
  - a) di lieve entità – sino al 30% della funzione deficitaria .....sino al 40%
  - b) di entità moderata – sino al 50% della funzione deficitaria ..... sino al 55%
  - c) di grave entità – oltre il 50% della funzione deficitaria ..... sino all'80%
- 64) Danno funzionale ad un rene:
  - a) di lieve entità – sino al 30% della funzione deficitaria ..... sino al 10%
  - b) di entità moderata – sino al 50% della funzione deficitaria .....sino al 15%
  - c) di grave entità – oltre il 50% della funzione deficitaria ..... sino al 20%
- 65) Danni funzionali ad entrambi i reni:
  - a) di lieve entità – sino al 30% della funzione deficitaria .....sino al 30%
  - b) di entità moderata – sino al 50% della funzione deficitaria ..... sino al 45%
  - c) di grave entità – oltre il 50% della funzione deficitaria .....60%
- 66) Disturbi urinari dovuti al restringimento dell'uretere, dopo una lesione, misurati secondo la scala di Charriere:
  - a) di lieve entità – sotto i 18 CH .....sino al 10%
  - b) di entità moderata – sotto i 14 CH .....sino al 20%
  - c) di grave entità – sotto i 6 CH ..... 35%
- 67) Disturbi funzionali successivi ad una lesione della vescica:
  - a) ridotta capacità; per ciascun 1/3 di riduzione ..... sino al 10%
  - b) fistola uretrale permanente, della vescica o dell'uretra ..... sino al 30%
- 68) Incontinenza urinaria assoluta ..... 40%

#### **XI. ORGANI SESSUALI MASCHILI E FEMMINILI**

- 69) Perdita di un testicolo ..... 10%
- 70) Perdita di entrambi i testicoli:
  - a) sino ai 60 anni d'età ..... 30%
  - b) dopo i 60 anni d'età ..... 10%
- 71) Perdita del pene:
  - a) sino ai 60 anni d'età ..... 50%
  - b) dopo i 60 anni d'età ..... 30%
- 72) Deformazione del pene e impossibilità di coabitazione:
  - a) sino ai 60 anni d'età ..... 50%
  - b) dopo i 60 anni d'età ..... 30%

- 73) Asportazione dell'utero e delle ovaie sino ai 55 anni d'età:
- a) asportazione dell'utero ..... 30%
  - b) asportazione dell'ovaia ..... 10%
  - c) asportazione di entrambe le ovaie..... 30%
- 74) Asportazione dell'utero e delle ovaie dopo i 55 anni d'età:
- a) asportazione dell'utero ..... 10%
  - b) asportazione di ogni ovaia ..... 5%
- 75) Danno alla vulva e/o alla vagina e impossibilità di coabitazione:
- a) sino ai 60 anni d'età ..... 50%
  - b) dopo i 60 anni d'età ..... 15%

## XII. COLONNA VERTEBRALE

- 76) Lesione alla colonna vertebrale con danno permanente al midollo spinale o ai nervi periferici (tetraplegia, triplegia, paraplegia) con l'impossibilità di defecare e urinare..... 100%
- 77) Lesione alla colonna vertebrale con danno permanente al midollo spinale o al sistema nervoso periferico (tetra paresi, triparesi) con conservazione del controllo per defecare e urinare.....sino al 90%
- 78) Lesione alla colonna vertebrale con paralisi assoluta degli arti inferiori senza disturbi per defecare e urinare..... 80%
- 79) Danno alla colonna vertebrale con paresi agli arti inferiori:
- a) di lieve entità ..... sino al 30%
  - b) di grave entità .....sino al 50%

### Disposizioni particolari

L'invalidità permanente di cui i punti da 76 a 78 viene stabilita in base ai danni neurologici accertati e non guaribili, l'invalidità di cui il punto 79 viene stabilita al termine della terapia ma non prima che siano trascorsi 24 mesi dall'infortunio.

- 80) Mobilità limitata della colonna vertebrale dopo la frattura di una vertebra cervicale.....sino al 20%
- 81) Mobilità limitata della colonna vertebrale dopo la frattura di una vertebra dorsale .....sino al 5%
- 82) Mobilità limitata della colonna vertebrale dopo la frattura di una vertebra lombare.....sino al 30%
- 83) Frattura multipla di tre o più supporti spinali .....sino al 5%
- 84) Frattura multipla di tre o più supporti trasversali .....sino al 10%

### Disposizioni particolari

1. L'invalidità non viene riconosciuta in caso di danni alle parti molli della colonna vertebrale cervicale (distorsione, stiramento). L'invalidità viene riconosciuta solo nei casi in cui sia accertato da un medico un danno allo scheletro della colonna vertebrale o una radiografia mostri uno spostamento tra le vertebre superiore ai tre millimetri o una menomazione recente delle radici dei nervi verificata con le analisi EMG. In tal caso l'invalidità viene stabilita secondo il punto 80), la percentuale di invalidità viene invece ridotta della metà.
2. Per le lesioni alla colonna vertebrale dorsale e lombare, senza un danno alla struttura dell'osso, viene riconosciuta la metà delle relative percentuali di invalidità in base ai punti 81) e 82).
3. Le conseguenze di cui i punti 80, 81 e 82 vengono stabilite un anno dopo la conclusione della terapia.
4. La valutazione di cui i punti 83) e 84) non viene aggiunta agli altri punti del capitolo XII.

## XIII. BACINO

- 85) Frattura del bacino con una grave deformazione o disfunzione delle articolazioni sacroiliache o sinfisi .....sino al 30%
- 86) Sinfisiolisi con dislocazione orizzontale e/o verticale verificata, al termine della cura, con una radiografia .....sino al 5%
- 87) Fratture delle ossa del bacino, risanate con la dislocazione:
- a) di un osso del bacino (osso iliaco, osso pubico, ischio) ..... sino al 10%
  - b) di due o più ossa del bacino .....sino al 15%

- 88) Frattura dell'osso sacro, risanata con la dislocazione .....sino al 10%
- 89) Frattura del coccige:  
 a) frattura del coccige risanata con la dislocazione o un frammento rimosso con un intervento chirurgico.....sino al 5%  
 b) coccige rimosso chirurgicamente ..... 10%

### Disposizioni particolari

L'invalidità non viene riconosciuta per la frattura delle ossa del bacino che si rimarginano senza dislocazione.

## XIV. ARTI SUPERIORI

- 90) Perdita di entrambe le estremità superiori o dei palmi delle mani ..... 100%
- 91) Perdita dell'estremità superiore all'altezza della spalla (exarticolazione) .....70%
- 92) Perdita dell'estremità superiore all'altezza del braccio ..... 65%
- 93) Perdita dell'estremità superiore all'altezza dell'avambraccio con la funzione conservata del gomito ..... 60%
- 94) Perdita di una mano ..... 55%
- 95) Perdita di tutte le dita:  
 a) su entrambe le mani ..... 90%  
 b) su una mano .....45%
- 96) Perdita del pollice..... 20%
- 97) Perdita dell'indice .....12%
- 98) Perdita:  
 a) del medio .....7%  
 b) dell'anulare o del mignolo – per ciascun dito .....3%
- 99) Perdita del I osso metacarpale ..... 6%
- 100) Perdita del II osso metacarpale ..... 4%
- 101) Perdita del III, IV, V osso metacarpale, per ciascun osso ..... 3%

### Disposizioni particolari

1. Per la perdita di una falange del pollice si riconosce la metà, per la perdita di una falange delle altre dita viene invece riconosciuto 1/3 della percentuale che è stabilita per quel dito.
2. La perdita parziale dell'osso della falange viene riconosciuta come perdita assoluta della falange di quel dito.
3. Non si riconosce l'invalidità per la perdita del cuscinetto del dito.

## XV. OMERO

- 102) Irrigidimento assoluto dell'articolazione della spalla ..... 30%
- 103) Mobilità limitata dell'articolazione della spalla dopo la frattura delle strutture ossee:  
 a) di lieve entità, mobilità articolare limitata sino a 1/3 .....sino al 10%  
 b) di entità moderata, mobilità articolare limitata sino a 2/3 ..... sino al 15%  
 c) di grave entità, mobilità articolare superiore ai 2/3 ..... sino al 25%
- 104) Mobilità limitata dell'articolazione della spalla dopo la rottura dimostrata della cuffia dei rotatori 2%
- 105) Lassità dell'articolazione della spalla con difetto osseo delle capsule ..... sino al 20%
- 106) Frattura della clavicola consolidata in modo irregolare . . sino al 5%
- 107) Endoprotesi dell'articolazione della spalla..... 30%

108) Pseudoartrosi dell'omero .....	30%
109) Osteomielite cronica delle ossa degli arti superiori con fistola .....	10%
110) Paralisi del nervo accessorio .....	15%
111) Paralisi del plesso nervoso brachiale:	
a) parziale (Erb o Klumpke).....	35%
b) assoluta .....	60%
112) Paralisi del nervo ascellare .....	15%
113) Paralisi del nervo radiale .....	30%
114) Paralisi del nervo mediano .....	35%
115) Paralisi del nervo ulnare .....	30%
116) Paralisi di due nervi su una mano .....	50%
117) Paralisi di tre nervi su una mano .....	60%

### Disposizioni particolari

1. Per la paresi di un determinato nervo si riconoscono al massimo i 2/3 dell'invalidità che è riportata qui sopra per la paralisi dello stesso nervo.
2. Per i casi di cui i punti da 110 a 117 l'invalidità viene stabilita al termine della cura, tuttavia non prima di 24 mesi dal danno con un referto recente di EMG.
3. L'invalidità causata dalla deformazione della sindesmosi acromioclaviculare viene stabilita in base all'invalidità per il punto 106 e ridotta della metà.

### XVI. AVAMBRACCIO

118) Irrigidimento assoluto dell'articolazione del gomito .....	25%
119) Mobilità limitata dell'articolazione del gomito dopo la frattura delle strutture ossee:	
a) di lieve entità, mobilità articolare limitata fino a 1/3 .....	sino al 5%
b) di moderata entità, mobilità articolare limitata fino a 2/3 .....	sino al 10%
c) di grave entità, mobilità articolare limitata oltre i 2/3 .....	sino al 20%
120) Pseudoartrosi:	
a) di entrambe le ossa dell'avambraccio.....	25%
b) del radio .....	15%
c) dell'ulna .....	15%
121) Irrigidimento assoluto dell'avambraccio:	
a) in supinazione .....	25%
b) in pronazione .....	20%
c) in posizione media .....	15%
122) La suddetta supinazione e pronazione dell'avambraccio, paragonato ad uno sano:	
a) di lieve entità, mobilità articolare limitata fino a 1/3 .....	sino al 5%
b) di moderata entità, mobilità articolare limitata fino a 2/3 .....	sino al 10%
c) di grave entità, mobilità articolare limitata oltre i 2/3 .....	sino al 15%
123) Irrigidimento assoluto dell'articolazione del polso.....	25%
124) Mobilità limitata dell'articolazione del polso dopo la frattura delle strutture ossee:	
a) di lieve entità, mobilità articolare limitata fino a 1/3 .....	sino al 10%
b) di moderata entità, mobilità articolare limitata fino a 2/3 .....	sino al 15%
c) di grave entità, mobilità articolare limitata oltre i 2/3 .....	sino al 20%
125) Endoprotesi dell'osso navicolare e/o semilunare .....	15%

### Disposizioni particolari

1. La pseudoartrosi dell'osso navicolare e/o dell'osso semilunare viene stabilita secondo il punto 124.
2. Per valutare l'invalidità in base al punto 122, qualora sia disturbato solo un movimento, viene riconosciuta la metà dell'invalidità.

### XVII. DITA

126) Irrigidimento assoluto di tutte le dita di una mano .....	40%
127) Irrigidimento assoluto dell'intero pollice .....	15%
128) Irrigidimento assoluto dell'intero indice .....	9%
129) Irrigidimento assoluto dell'intero medio .....	5%
130) Irrigidimento assoluto dell'intero anulare o mignolo, per ciascun dito .....	2%

### Disposizioni particolari

1. Per l'irrigidimento assoluto di un'articolazione del pollice si riconosce metà, per l'irrigidimento assoluto di un'articolazione delle altre dita viene invece riconosciuto 1/3 dell'invalidità che è stabilita per la perdita di un determinato dito.
2. La somma delle percentuali per l'irrigidimento delle singole articolazioni di un dito non può superare la percentuale che si riconosce per l'irrigidimento assoluto di quel dito.

131) Frattura delle ossa metacarpali consolidata in modo irregolare:	
a) I osso metacarpale .....	4%
b) II, III, IV e V per ciascun osso .....	3%
132) Frattura delle dita dal II al V con angolazione del dito .....	2%
133) Mobilità limitata della falange prossimale o distale del pollice:	
a) di lieve entità .....	sino al 3%
b) di entità più grave .....	sino al 6%
134) Mobilità limitata delle singole articolazioni dell'indice:	
a) di lieve entità – per ogni articolazione .....	1,5 %
b) di entità più grave – per ogni articolazione .....	2,5%
135) Mobilità limitata delle singole articolazioni del medio:	
a) di lieve entità – per ogni articolazione .....	1 %
b) di entità più grave – per ogni articolazione .....	2%
136) Mobilità limitata delle singole articolazioni dell'anulare e del mignolo:	
a) di lieve entità – per ogni articolazione .....	0,5 %
b) di entità più grave – per ogni articolazione .....	1%

### Disposizioni particolari

1. L'invalidità complessiva di cui i punti dal 133 al 136 non può superare la percentuale di invalidità che è stabilita per l'irrigidimento assoluto di un determinato dito.
2. Una mobilità limitata di lieve entità è quella che è pari a metà della mobilità normale, quella di entità più grave presuppone una mobilità limitata superiore alla metà di quella normale.
3. In caso di conseguenze dovute ai danni alle dita l'invalidità viene stabilita senza applicare il principio del quarto punto delle Disposizioni generali della Tabella di invalidità.

### XVIII. ARTI INFERIORI

137) Perdita di entrambe le estremità inferiori sopra il ginocchio .....	100%
138) Exarticolazione dell'estremità inferiore all'altezza dell'anca .....	70%
139) Perdita dell'estremità inferiore sopra il ginocchio o nell'articolazione del ginocchio .....	55%

140) Perdita di entrambe le estremità inferiori sotto il ginocchio .....	80%
141) Perdita di un'estremità inferiore sotto il ginocchio .....	45%
142) Perdita di entrambi i piedi .....	80%
143) Perdita di un piede .....	35%
144) Perdita del piede all'altezza del legamento di Chopart .....	35%
145) Perdita del piede all'altezza del complesso articolare di Lisfranc.....	30 %
146) Amputazione trasmetatarsale.....	25%
147) Perdita del I o del V osso metatarsale.....	5%
148) Perdita del II, III o IV osso metatarsale, per ciascun osso .....	3%
149) Perdita di tutte le dita su un piede.....	20%
150) Perdita dell'alluce sul piede:	
a) perdita della falange distale dell'alluce.....	5%
b) perdita dell'intero alluce.....	10%
151) Perdita dell'intero dito del piede, dal II al V, per ciascun dito .....	2,5%
152) Perdita parziale dal II al V dito del piede, per ciascun dito .....	1%

#### **XIX. COSCIA**

153) Irrigidimento assoluto dell'anca.....	30%
154) Irrigidimento assoluto di entrambe le anche .....	70%
155) Pseudoartrosi della testa del femore con riduzione dell'estremità inferiore...45%	
156) Artrosi deformante dell'anca successiva ad una frattura, con mobilità limitata dell'anca accertata con radiografia, confrontata con una sana:	
a) di lieve entità, con mobilità limitata dell'articolazione sino ad 1/3 .....	sino al 15%
b) di entità moderata, con mobilità limitata dell'articolazione sino a 2/3 .....	sino al 25%
a) di grave entità, con mobilità limitata dell'articolazione superiore ai 2/3 .....	sino al 30%
157) Endoprotesi dell'anca .....	30%
158) Mobilità limitata dell'ancora successiva ad una frattura delle strutture ossee:	
c) di lieve entità, con mobilità limitata dell'articolazione sino ad 1/3 .....	sino al 10%
d) di entità moderata, con mobilità limitata dell'articolazione sino a 2/3 .....	sino al 15%
a) di grave entità, con mobilità limitata superiore ai 2/3 .....	sino al 25%
159) Pseudoartrosi del femore .....	40%
160) Frattura del femore consolidata in modo irregolare con angolazione:	
a) da 10 a 20 gradi .....	sino al 10%
b) oltre 20 gradi .....	sino al 15%
161) Osteomielite cronica delle ossa delle gambe con fistola .....	10%
162) Cicatrici grandi e profonde nella muscolatura della coscia o della tibia, nonché ernia traumatica muscolare, della coscia e della tibia senza disturbi funzionali alle articolazioni .....	sino al 5%
163) Alterazioni nella circolazione delle grandi vene sulle gambe	
a) femore .....	sino al 15%
b) gamba .....	sino al 5%

164) Riduzione della gamba dovuta alla frattura, a partire da 2 cm, per ogni cm ..... 2%

## XX. GAMBA

165) Irrigidimento del ginocchio .....30%

166) Mobilità limitata dell'articolazione del ginocchio dopo la rottura degli elementi dell'articolazione:

- a) di lieve entità ..... sino al 5%
- b) di entità moderata ..... sino al 10%
- c) di grave entità ..... sino al 20%

167) Lassità dell'articolazione del ginocchio dopo un danno alla capsula e all'apparato dei legamenti rispetto ad un ginocchio sano:

- a) lassità in una direzione ..... sino al 5%
- b) lassità in entrambe le direzioni ..... sino al 10%

### Disposizioni particolari

1. L'invalidità non viene stabilita in caso di contusione e lussazione del ginocchio senza la rottura dei legamenti.

167) Endoprotesi del ginocchio ..... 35%

168) Disturbi funzionali dopo l'asportazione chirurgica del menisco a seguito di un infortunio recente:

- a) dopo l'asportazione di parte del menisco ..... 2,5%
- b) dopo l'asportazione dell'intero menisco ..... 5%

169) Complesso articolare libero a causa del danno con disturbo funzionale .....sino al 5%

170) Disturbi funzionali dopo l'asportazione chirurgica seguita a un danno della rotula:

- a) rotula parzialmente asportata ..... sino al 5%
- b) rotula completamente asportata ..... 10%

171) Frattura della tibia consolidata in modo irregolare con deformazione valga, vara o ricurva, confrontata con una sana:

- a) da 5 a 15 gradi ..... sino al 5%
- b) oltre 15 gradi ..... sino al 15%

172) Irrigidimento assoluto dell'articolazione tarsale ..... 20%

173) Mobilità limitata dell'articolazione tarsale dopo la frattura del complesso articolare:

- a) di lieve entità, mobilità articolare ridotta sino a 1/3 ..... sino al 10%
- b) di entità moderata, mobilità articolare ridotta sino a 2/3 ..... sino al 15%
- c) di grave entità, mobilità articolare ridotta di oltre i 2/3 ..... sino al 20%

### Disposizioni particolari

1. Per la distorsione del tarso con la rottura accertata dei legamenti l'invalidità viene stabilita in base al punto 173)

174) Deformazione del piede: piede cavo, piatto, vara, equino):

- a) di lieve entità .....sino al 10%
- b) di grave entità ..... sino al 20%

175) Deformazione del calcagno dopo una frattura compressiva .....sino al 15%

176) Deformazione di uno degli ossi metatarsali dopo la frattura, per ciascun osso ..... 2%

177) Deformazione rilevante del metatarso seguita ad una frattura delle ossa metatarsali .....sino al 10%

178) Irrigidimento assoluto di un'articolazione dell'alluce del piede .....1,5%

179) Irrigidimento assoluto dell'alluce del piede.....3%

### Disposizioni particolari

Non costituisce un'invalidità l'irrigidimento delle articolazioni interfalangee delle dita dal II al V in posizione distesa o una mobilità ridotta di queste ultime.

- 180) Irrigidimento o deformazione delle dita dal II al V in posizione flessa (digitus fleksus), per ciascun dito..... 0,5%.
- 181) Grandi cicatrici sul tallone o sul piede dopo il danno alle parti molli:
- a) superficie da 1/4 a 1/2 del piede .....sino al 10%
  - b) superficie superiore a 1/2 del piede ..... sino al 20%
- 182) Paralisi del nervo sciatico ..... 40%
- 183) Paralisi del nervo femorale. .... 30%
- 184) Paralisi del nervo tibiale ..... 15%
- 185) Paralisi del nervo peroneo ..... 25%
- 186) Paralisi del nervo gluteo ..... 10%

### Disposizioni particolari

1. Per la paresi di un determinato nervo della gamba vengono riconosciuti al massimo sino ai 2/3 della percentuale dell'invalidità che è stabilita per la paralisi dello stesso nervo.
2. Per i casi di cui i punti da 181 a 185 l'invalidità viene stabilita al termine della terapia, tuttavia non prima di 24 mesi dall'infortunio. È necessaria una verifica con l'EMG che non deve essere anteriore a tre mesi.
3. L'invalidità non viene stabilita per le cicatrici sul tallone o sul piede che ricoprono meno di 1/4 del piede.
4. Nell'età in cui la crescita del corpo non è ancora conclusa, le dislocazioni assiali delle ossa lunghe, in seguito ad infortunio, vengono valutate due anni dopo l'infortunio.

### Regola del nove

- Collo e testa ..... 9%
- Un braccio .....9%
- Lato anteriore del tronco ..... 2 x 9%
- Lato posteriore del corpo ..... 2 x 9%
- Una gamba .....2 x 9%
- Peritoneo e organi genitali .....1%

