

1031

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00119391176

AGENZIA ATRIPALDA										NUMERO ARCHIVIO 119391176			
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)		
1/1202	132	77	150258925		1031	10	2017	1	0	0			
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONI		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO			
17/02/2017		17/02/2018		17/02/2018		1		ANNUALE		17/02/2017			
CONVENZIONE				COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.			
							91400			921			
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA			
LAGAP - VIA SAN MARTINO, 20 - 06081 ASSISI PG										94158950546			

PREMI

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV. RISCHIO
509,02	76,35	585,37	14,63	* 600,00	AV
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE	COMBINAZIONI
508,70	76,31	585,01	14,63	599,64	
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO					
80	84				

La presente polizza è integrata dal Fascicolo informativo mod. 1031 edizione 01/06/2014

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO x (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO x	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INFORTUNI: MORTE		3.000			
			5,84	50.000,00	292,00
INVALIDITÀ PERMANENTE			5,85	50.000,00	293,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

GRUPPO 2

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO x (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO x	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INFORTUNI: MORTE					
INVALIDITÀ PERMANENTE					
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

585,00

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALL'E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 554,93.



la tua protezione

Contratto di Assicurazione

INFORTUNI

Modello 1031 - Ed. 01.06.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Nota informativa	Pagina
• A. IN FORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 8
1. Informazioni generali	2 di 8
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa	2 di 8
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 8
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2 di 8
4. Periodi di carenza contrattuali	3 di 8
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio	
Questionario Sanitario	3 di 8
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	4 di 8
7. Premi	4 di 8
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4 di 8
9. Diritto di recesso	4 di 8
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 8
11. Legislazione applicabile	4 di 8
12. Regime fiscale	4 di 8
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5 di 8
13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	5 di 8
14. Reclami	5 di 8
15. Arbitrato irrituale	5 di 8
• Glossario	6 di 8
Condizioni di assicurazione	Pagina
• Norme che regolano il contratto in generale	2 di 20
• Cosa fare in caso di sinistro	4 di 20
• Norme che regolano le singole Sezioni	9 di 20
• Sezione infortuni	9 di 20
• Sezione malattia	12 di 20
• Condizioni Particolari	14 di 20
• Norme di legge richiamate in polizza	18 di 20
Informativa privacy	Pagina
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 2

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Infortuni" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,
siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni: **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Im-

prese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'articolo 1.10 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio. Se le parti hanno invece pattuito la non rinnovabilità della polizza, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'articolo 1.13 "Pattuzione della non rinnovabilità della polizza" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

- a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.9 "Garanzie prestate" - alle lettere A) B) C) O) E) delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione infortuni".
- b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 4.1 "Garanzie prestate" - lettera A) - indennità per ricovero a seguito di Malattia - delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia".

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si

rinvia agli articoli delle "Norme che regolano il contratto in generale", "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali / somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente:

1° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00
Franchigia: 3%
Invalidità Permanente accertata: 7%
Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) - 3% (franchigia) = 4% x € 100.000,00 = € 4.000,00

2° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00
Franchigia: 3%
Invalidità Permanente accertata: 2%
Indennizzo da liquidare: nessuno, in quanto la franchigia 3% risulta superiore alla I.P. accertata.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea

1° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00
Franchigia: 10 giorni
Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 15
Importo da liquidare: 15 giorni (di inabilità accertati) - 10 giorni (franchigia) = 5 giorni x € 50,00 al giorno = € 250,00

2° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00
Franchigia: 10 giorni
Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 7
Importo da liquidare: nessuno, in quanto il numero dei

giorni di franchigia è superiore a quello dei giorni di Inabilità Temporanea.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto e del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso Spese Mediche:

1° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 300,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.
Rimborso da liquidare: € 300,00 - € 40,00 = € 260,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

2° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 4.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.
Rimborso da liquidare: € 4.000,00 - € 250,00 = € 3.750,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al massimo non indennizzabile)

3° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 7.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.
Rimborso da liquidare: € 5.000,00, in quanto l'importo delle spese sostenute detratto lo scoperto previsto (€ 7.000,00 - € 250,00 = € 6.750,00) risulta superiore alla somma assicurata in polizza

Avvertenza: le coperture Infortuni e Malattia sono prestate fino alla scadenza annuale del premio successiva al compimento da parte dell'Assicurato del settantacinquesimo anno di età o del manifestarsi delle gravi affezioni previste dall'articolo 1.11 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione" delle Norme che regolano il contratto in generale, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: la copertura Indennità per ricovero da Malattia è prestata con i termini di carenza previsti dall'articolo 4.2 "Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia" delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia", al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.1

“Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta la garanzia Indennità per ricovero da Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia agli articoli 1.5 “Aggravamento del rischio” e 1.6 “Diminuzione del rischio” delle “Norme che regolano il contratto in generale”.

Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di “Addetto al call-center” (riconducibile alle “Attività a Bassa Rischiosità”) di una ditta di trasporti. Successivamente, nel corso del contratto, ad alcuni degli Assicurati viene richiesto di svolgere anche la mansione di Addetti alla guida di autocarri senza carico e scarico della merce” (riconducibile alle “Attività a Media Rischiosità”) presso la stessa ditta. Se il Contraente non comunica alla Società questa modifica del rischio, in caso di sinistro che colpisca uno degli Assicurati che ha cambiato la propria occupazione professionale, la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di “Autotrasportatori con carico e scarico” (riconducibile alle “Attività ad Alta Rischiosità”). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione (“Pensionato” riconducibile alle “Attività a Bassa Rischiosità”). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

7. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente. La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1.3 “Decorrenza della garanzia e pagamento del premio” e 1.4 “Frazionamento del premio” delle Norme che regolano il contratto in generale.

Avvertenza: la Società o l'intermediario assicurativo possono applicare sconti sul premio di polizza qualora vengano pattuite con il Contraente limitazioni della garanzia prevista dalle Condizioni di Assicurazione e/o sulla base di specifiche valutazioni di carattere tecnico/commerciale.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il relativo premio, non sono soggetti ad adeguamento automatico.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: qualora il contratto non preveda la garanzia Malattia, la Società e il Contraente possono recedere dal contratto, e per tutta la durata dello stesso, dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione, mediante lettera raccomandata all'altra Parte.

Qualora invece il contratto preveda anche la garanzia Malattia e sia di durata poliennale, il recesso per sinistro potrà essere esercitato dalla Società e dal Contraente entro un periodo massimo di due anni dalla data di effetto della polizza. Si rinvia all'articolo 1.8 “Recesso per sinistro” delle “Norme che regolano il contratto in generale” per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza. Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente. Si rinvia all'articolo 1.10 “Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione” delle “Norme che regolano il contratto in generale” per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice civile).

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) Infortuni con estensione alla Responsabilità Civile del

Contraente: 4,38% (se richiamata ed operante in polizza la clausola 14 "Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente" delle Condizioni Particolari a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• **Coperture Infortuni**

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni dal sinistro o da quando ne hanno avuto la possibilità. Il fatto deve essere denunciato indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia i certificati medici.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

• **Copertura Indennità per Ricovero a seguito di Malattia**

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro in caso di indennità per ricovero è considerato il primo giorno di ricovero.

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia deve essere sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, e deve essere corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

In caso di sinistro infortuni o malattia l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** - Via del-

la Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FINNET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

15. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 2.13 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Atto di Terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di rischio: insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio a termini di polizza.

Corpi speciali: intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle Forze dell'Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:

- paracadutismo
- attività subacquee in genere
- scalata di rocce o di ghiacciai
- pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili
- speleologia

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.

Difetto fisico/malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione sanitaria: gli originali della cartella clinica

e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulolegamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità Permanente specifica: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

Istituto di Cura: gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:

- in caso di polizza di durata inferiore a trecentosessantacinque giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa;
- in caso di polizza di durata superiore a trecentosessantacinque giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di

effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di trecentosessantacinque giorni (trecentosessantasei negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario: il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Sci alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna - senza l'utilizzo degli impianti di risalita - caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.

Sci alpino: la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

Sci estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una

pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso; anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:
 - Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
 - Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
 - Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sport ad alto rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bob-sleigh (guidoslitte), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungeejumping (salto con l'elastico), kite-surf.

Sport aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). E inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 01/06/2014

alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionisti-ci. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione - in premi o in denaro - è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport motonautici: intendendosi per tali quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale escluse comunque le gare di Off-shore.

Sport motoristici: intendendosi per tali quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare Sprint e Grass-track, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbri)



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 del Codice Civile).

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 1.4 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

Art. 1.5 - Aggravamento del rischio (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato; in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 - Diminuzione del rischio (valido per garanzie infortuni)

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio, o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera

raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

- **Contratti che non prevedono la garanzia Malattia**

Dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra Parte mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto degli oneri fiscali. L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia da parte della Società alla facoltà di recesso.

- **Contratti che prevedono la garanzia Malattia**

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda anche la garanzia Malattia, ciascuna delle Parti - entro due anni dalla data di effetto della polizza - avrà facoltà di recedere dall'assicurazione dopo ogni sinistro, così come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione, salvo diversa indicazione, mentre il recesso da parte della Società ha effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Inoltre, qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra della stessa Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione di due anni, quest'ultimo è ripristinato:

- integralmente per le nuove garanzie e/o per gli incrementi di somme garantite alle persone già precedentemente assicurate con la polizza sostitutiva;
- per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita, per le persone, le garanzie e le somme assicurate precedentemente garantite con quest'ultima.

Art. 1.9 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo. In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di

- tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax spediti da una delle Parti almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a un anno, è prorogato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di 1 anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Nel caso in cui il contratto sia di durata poliennale, la Società ed il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione mediante invio di lettera raccomandata o telefax spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale. Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente.

Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

A) Per limite d'età

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato relativamente a quest'ultimo. L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

B) Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. conclamato, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi per l'Assicurato affetto da tali patologie.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 1.12 - Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le

variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

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

Art. 1.13 - Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.15 - Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, a sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.17 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) di cui all'Art. 2.4 (Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

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

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 1.18 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.19 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.20 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 1.21- Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione "Infortuni"

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme comuni a tutte le Sezioni

Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Norme relative alla Sezione Infortuni

Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 - Determinazione dell'indennizzo per il rischio professionale

In caso di sinistro occorso nell'esecuzione di un'attività professionale, l'indennizzo sarà corrisposto:

- integralmente, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra nella classe di rischio dichiarata dal Contraente/Assicurato ed indicata in polizza, o rientra in una classe di minor rischio rispetto a quella indicata;
- con una riduzione percentuale, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra in una classe di maggior rischio rispetto alla classe dichiarata in polizza.

In relazione a quanto sopra l'indennizzo spettante a termini di polizza sarà liquidato secondo la seguente Tabella.

Tabella correlata all'articolo 2.3

Attività professionale svolta al momento dell'infortunio	Attività professionale Dichiarata		
	Attività a Bassa rischiosità	Attività a Media rischiosità	Attività ad Alta rischiosità
Attività a Bassa rischiosità	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività a Media rischiosità	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività ad Alta rischiosità	-50%	-30%	Nessuna riduzione

Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 - Determinazione dell'invalidità permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla "Tabella A" (o alla clausola 3 - "Tabella INAIL" delle Condizioni Particolari - qualora espressamente richiamata).

Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla "Tabella A", si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella "Tabella A", le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso di invalidità permanente non specificata nella "Tabella A", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella "Tabella A" e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

Tabella "A" correlata all'articolo 2.5

Perdita anatomica o funzionale di:

• un arto superiore	70%
• una mano o un avambraccio	60%
• un pollice	18%
• un indice	14%
• un medio	8%
• un anulare	8%
• un mignolo	12%
• una falange ungueale del pollice	9%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%
• un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%

Perdita anatomica:

• di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Stenosi nasale assoluta:

• monolaterale	4%
• bilaterale	10%

Anchilosi:

• della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%

Blocco della pronosupinazione in

semipronazione dell'avambraccio e della mano

Paralisi completa del nervo:

• radiale	35%
• ulnare	20%
• sciatico popliteo esterno	15%

Esiti di frattura scomposta di una costa

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:	
• di una vertebra cervicale	12%
• di una vertebra dorsale.....	5%
• della dodicesima dorsale.....	10%
• di una vertebra lombare	10%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo.....	2%
--	----

Esiti di frattura:	
• del menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
• del menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
• di un metamero sacrale	3%
• di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%

Lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio.....	9%
--	----

Esiti di rottura sottocutanea:	
• del tendine di Achille.....	4%
• di un tendine del bicipite brachiale.....	5%
• di un qualsiasi altro tendine	2%

Sordità completa di:	
• un orecchio.....	10%
• ambedue gli orecchi	40%

Perdita della voce.....	30%
-------------------------	-----

Art. 2.6 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie

La liquidazione per invalidità permanente verrà determinata con le modalità che seguono:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 150.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo

qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino a € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

Art. 2.7 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo

Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti - secondo giudizio medico - operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso - in misura non superiore al 10% della totale;
- qualora l'ernia risulti - secondo giudizio medico - operabile e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una Indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l'indennità di solo ricovero e/o ricovero e convalescenza - purché prevista in polizza. Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6.

Art. 2.8 - Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

Art. 2.9 - Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera C), la Società corrisponderà la somma assicurata:

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

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione della seguente franchigia:

- sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 25,00
- dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 25,00 e fino a € 50,00
- quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00

L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.10 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio e relativa franchigia

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera D), la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio. Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio che rimane a carico dell'Assicurato.

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporta:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un anno.

Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia.

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Art. 2.11 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in po-

lizza per ogni giorno di degenza;

- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) il giorno di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 2.12 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 2.13 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Si conviene fra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

Norme relative alla Sezione Malattia

Art. 2.15 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di malattia

Se la malattia ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 4.1 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;

- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per ogni malattia;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) il giorno di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

3. SEZIONE INFORTUNI

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga, nei limiti delle somme convenute in polizza nonché alle condizioni che seguono ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 3.9 (Garanzie prestate) ed alle Condizioni Particolari - se rese operanti, ad indennizzare i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

Qualora venga predisposto un testo aggiuntivo che integri o deroghi il presente articolo in modo tale che la descrizione dell'oggetto dell'assicurazione risulti diversa da quanto disciplinato dagli articoli 3.2 e 3.5 della Sezione Infortuni - in quanto delimitata ad un particolare ambito di garanzia - resta inteso che la copertura prestata sarà riferita agli eventi specifici di tale rischio ed in tal caso gli articoli su indicati dovranno intendersi automaticamente non operanti.

Art. 3.2 - Eventi garantiti - infortuni da attività professionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi:

- nell'esecuzione di lavori inerenti alle attività professionali svolte entro le previsioni di cui alla "classificazione delle attività professionali" di seguito riportata;
- durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Il premio relativo è determinato, per espressa dichiarazione resa e sottoscritta dall'Assicurato e/o dal Contraente al momento della stipulazione della polizza, in base alla "classe di rischio" in cui rientrano tutte le attività svolte dall'Assicurato stesso.

Art. 3.3 - Classificazione delle attività professionali in "classi di rischio"**ATTIVITÀ A BASSA RISCHIOSITÀ**

Tutte le attività svolte senza alcuna partecipazione al lavoro manuale, nonché casalinghe, studenti, pensionati, benestanti.

ATTIVITÀ A MEDIA RISCHIOSITÀ

Attività svolte con lavoro manuale ed anche con uso di:

- macchine a motore automatiche;
- macchine a motore semiautomatiche di potenza non superiore a 2 Kw
- macchine a motore con impiego manuale di potenza non superiore a 2 Kw;

è escluso il lavoro che comporta:

- fusione di metalli non preziosi;
- uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica;
- uso di sostanze corrosive;
- installazione, manutenzione, riparazione di impianti di alta tensione (superiore a 400 V. c.a. - superiore a 600 V. c.c.);
- taglio di alberi ad alto fusto;
- impiego e/o guida di macchine operatrici semoventi o macchine agricole;

- guida di autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, adibiti al trasporto di merci
- carico o scarico di sostanze infiammabili o corrosive
- carico o scarico di bestiame non ingabbiato nonché di altre merci o prodotti effettuato su e da autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, imbarcazioni, navi e natanti
- macellazione e mattanza;
- lavoro manuale svolto ad altezze superiori a 4 metri su tetti, scale, gru, impalcature, ponteggi, nonché in cave in genere.

ATTIVITÀ AD ALTA RISCHIOSITÀ

Tutte le altre attività svolte con lavoro manuale, senza alcuna esclusione, salvo quanto previsto per le attività assicurabili a condizioni speciali di cui al successivo Art. 3.4.

Ai fini della classificazione dei rischi si precisa che sono parificate al lavoro manuale:

- le operazioni di facchinaggio, di carico o scarico di merci e di prodotti su o da qualsiasi mezzo adibito al trasporto di cose;
- le prestazioni di servizio manuali (quali, a titolo esemplificativo: pulizia ambienti e strade, lavaggio macchine, cambio olio di veicoli a motore, addobbi, affissione, barrellieri, ed attività similari);
- la guida di veicoli a motore per il trasporto di persone o cose, tranne quella di:
 - autovetture;
 - autoveicoli per il trasporto promiscuo di persone e cose
 - autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri, purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie
 - motocicli e ciclomotori ad uso privato.

Art. 3.4 - Attività non rientranti nelle "classi di rischio" ed assicurabili a condizioni speciali

Le persone che svolgono le attività sottoelencate non rientrano nelle previsioni di cui alla "Classificazione delle attività professionali" del precedente Art. 3.3, pertanto possono essere assicurate esclusivamente mediante patto speciale ed a condizioni determinate per ogni singolo caso:

- personale che svolge lavori subacquei;
- personale di bordo di mezzi aerei e marittimi;
- personale specificatamente addetto al collaudo di veicoli in genere;
- personale di circhi equestri ed artisti acrobati;
- personale addetto a giostre e parchi di divertimento;
- personale di giardini zoologici;
- personale addetto all'addestramento di animali;
- personale delle Forze Armate, del Corpo di Polizia, di Vigilanza e Vigili del Fuoco;
- personale addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di prodotti esplosivi e contaminanti;
- personale che accede e/o lavora in miniera;
- personale che lavora in galleria;
- personale addetto allo spurgo di pozzi neri e manutenzione di reti fognarie;
- personale addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere;

- personale addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- pirotecnici;
- istruttori dei seguenti sport: aerei, free-climbing (arrampicata libera), pugilato, lotta in genere nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano, immersioni subacquee, speleologia, bob, arti marziali, hockey, sci ed idrosci, snow-board, bungee-jumping, kite-surf, paracadutismo, tuffi, scherma, equestri e motoristici;
- atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali che praticano in forma professionistica lo sport;
- guide alpine.

Art. 3.5 - Eventi garantiti - infortuni da attività extra-professionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale. Sono pertanto indennizzabili, a titolo descrittivo ma non limitativo, gli infortuni subiti:

- nello svolgimento di attività domestiche
- nello svolgimento di lavori di manutenzione, riparazione, abbellimento, miglioramento della propria abitazione abituale o non abituale e del relativo arredamento anche con uso di macchine a motore;
- nello svolgimento di lavori di giardinaggio e di orticoltura effettuati per hobby, anche con uso di macchine a motore da giardino e da orto
- nello svolgimento di hobbies anche con uso di macchine a motore;
- alla guida di imbarcazioni da diporto, motocicli, ciclomotori, biciclette, autovetture, campers, compresi gli autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie e purché di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali;
- in qualità di passeggero di tutti i mezzi di locomozione pubblici o privati, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri.

Anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale, la garanzia assicurativa vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Inoltre se l'attività professionale dichiarata in polizza dall'Assicurato risulti quella appartenente ai Corpi Militari e/o Forze dell'Ordine, sono esclusi dal rischio extraprofessionale gli infortuni occorsi durante gli interventi effettuati dall'Assicurato in ottemperanza alle funzioni istituzionali in orario extraprofessionale qualora il medesimo presti servizio presso il Corpo Militare indicato in polizza.

Art. 3.6 - Parificazione ad infortunio

Sono considerati infortuni:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;

- e) i colpi di sole o di calore;
 - f) la folgorazione;
 - g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 - h) le lesioni muscolari quali stiramenti e strappi;
 - i) le ernie determinate da sforzo, limitatamente ai casi e modalità di prestazione previsti dall'Art. 2.7 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni
 - j) la rottura sottocutanea dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella A di cui all'Art. 2.5, con esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori. Tale estensione è valida purché l'Assicurato alla data del sinistro risulti garantito con polizza infortuni della Società da almeno 180 giorni senza soluzione di continuità.
- l) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Art. 3.7 - Estensioni

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile.

Resta convenuto che per i casi di terremoto ed eruzioni vulcaniche:

- la presente estensione è operante per il solo caso di Mor-te e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza e con il limite di 250.000,00 per ogni persona assicurata;
- nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di 1.500.000,00 per anno assicurativo. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

- c) gli infortuni occorsi durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

Questa estensione non comprende gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione e di ottenere la protrazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione;

- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, moto-alianti, aerostati, dirigibili.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale

a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

- e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero. Qualora le prestazioni garantite siano riferite ad assicurati appartenenti ai Corpi Militari e/o Forze dell'Ordine, la presente estensione di garanzia non è operante nei periodi in cui gli stessi prestino servizio fuori dai confini della Repubblica Italiana.
- f) le spese documentate sostenute dall'Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, fino ad un importo massimo di € 5.000,00 per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia "Rimborso spese mediche", se operante;
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 1).

Art. 3.8 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
- b) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) gli infortuni causati da stato di ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere, nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
- e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;
- f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.7 (Estensioni) - lettera e);
- g) attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- h) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività
- i) le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze

biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

- j) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 2);
- l) gli infarti;
- m) gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino
- n) gli infortuni occorsi all'Assicurato in servizio durante lo svolgimento di attività previste nella definizione di "Corpi Speciali".

Art. 3.9 - Garanzie prestate

(operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza le somme assicurate e corrisposto il relativo premio)

A) Morte

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

A 1) Commorienza di coniugi - duplicazione della somma assicurata a favore dei figli minorenni

La Società liquida una seconda volta - ma con il massimo di € 260.000,00 - la somma assicurata per il caso di morte qualora nel medesimo infortunio che provochi la morte dell'Assicurato perisca anche il suo coniuge.

Questo indennizzo supplementare viene corrisposto unicamente ai figli di età inferiore ai 18 anni e/o figli maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa), in parti uguali.

B) Invalidità permanente

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

C) Inabilità temporanea

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una inabilità temporanea.

D) Rimborso per spese mediche da infortunio

La garanzia riguarda il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite di medici generici e/o specialisti, nonché, in caso di intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni

altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;

c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto nel limite complessivo del 20% della somma assicurata;

d) le rette di degenza;

e) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di trentasei giorni, di carrozzelle ortopediche, o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;

f) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'Istituto di cura o ambulatorio entro il 20% della somma assicurata;

g) accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti all'Art. 2.13 (Arbitrato irrituale);

h) cure odontoiatriche, paradontopatie e protesi dentarie nel limite complessivo del 10% della somma assicurata e con il massimo di € 1.100,00.

Resta comunque inteso tra le Parti che il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre un anno dalla data del sinistro.

E) Indennità per ricovero a seguito di infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Art. 3.10 - Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti)

Ai fini dell'operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sport compresi

a) "Sport del tempo libero"

b) "Sport agonistici"

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di **sport agonistici**:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Indennità per solo Ricovero;
- il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla modalità ed i criteri indicati all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri;
- le condizioni particolari 3 - 36 - 75 della Sezione Condizioni Particolari - se richiamate nella Scheda di polizza - devono intendersi non operanti, e l'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i criteri indicati all'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Ai fini dell'indennizzo qualora il contratto sottoscritto preveda una franchigia per Invalidità Permanente superiore (in relazione agli scaglioni individuati ed indicati all'Art. 2.6 sopra citato, distintamente considerati), quest'ultima sarà operante in sostituzione di quanto previsto nel presente articolo.

Resta inteso che se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'Indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino ad € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

2) Sport esclusi

- c) • Sport ad alto rischio
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
- Sport motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo gare di regolarità pura;
- Sport aerei.

4. SEZIONE MALATTIA

Art. 4.1 - Garanzie prestate

(operante solo se espressamente indicata nella Scheda di polizza la somma assicurata e corrisposto il relativo premio)

A) Indennità per ricovero a seguito di malattia

La garanzia, prestata in base alle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario, riguarda la malattia che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Art. 4.2 - Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre dalle ore 24:

- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del centoottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- del centoottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Assicurato nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie da gravidanza.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza

soluzione di continuità di altra polizza emessa dalla Società e riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24;

- del giorno di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da questa ultima risultanti
- del giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i suddetti termini di carenza operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 4.3 - Rischi esclusi dall'assicurazione

La garanzia "Indennità per ricovero a seguito di malattia", non è operante per i ricoveri:

- a) relativi a conseguenze dirette di malattie, difetto fisico/malformazione, stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave;

- b) conseguenti a malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) necessari alla correzione o l'eliminazione di difetti fisici congeniti;
- d) riguardanti terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;
- e) riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura;
- f) necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie;
- g) riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V.;
- h) riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- i) riguardanti le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262, e successive modifiche) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.

5. CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA POLIZZA IN GENERALE

- Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali (cod. 1)

La garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale come descritte all'Art. 3.5 (Eventi garantiti - infortuni da attività extraprofessionale).

- Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (cod. 2)

La garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività professionale come descritte all'Art. 3.2 (Eventi garantiti - infortuni da attività professionale).

- Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente (cod. 14)

La garanzia assicurativa riguarda la copertura del Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti dello stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. In tal caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di una ulteriore somma pari a quella dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato una polizza di responsabilità civile, operante per il sinistro occorso, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di responsabilità civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi di polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi della estensione di cui all'Art. 3.7 (Estensioni) - lettera d);
- gli infortunati sono parenti od affini del Contraente stabilmente conviventi con lui;
- il Contraente è una società a responsabilità illimitata e gli infortunati sono soci od amministratori della stessa, ovvero loro parenti od affini stabilmente conviventi con loro.

- Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni (cod. 21)

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato e costituisce, in ogni caso, il premio minimo; pertanto il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli.

La somma assicurata ai fini del calcolo dell'indennizzo si determina considerando retribuzione quella che l'infortunato ha percepito nell'anno precedente rispetto a quella in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente, purché su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per trecentosessantacinque (o trecentosessantasei in caso di anno bisestile) la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso fra la data di assunzione e quella dell'infortunio.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società possa procedere al conteggio per la regolazione del premio definitivo.

Agli effetti della regolazione del premio la retribuzione annua denunciata per ogni singolo assicurato non potrà superare la somma ottenuta dividendo "l'importo massimo garantito" per i multipli della retribuzione riportati in polizza per i casi di Morte e Invalidità Permanente. Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare infermità, difetti fisici e/o mutilazioni, di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo il disposto dell'Art. 1.11 (Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione).

In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 2.2 (Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità) che stabilisce i criteri di indennizzabilità in presenza di preesistenti mi-

norazioni e/o condizioni patologiche.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre polizze infortuni stipulate dai singoli Assicurati con altre società, ciò in deroga a quanto previsto all'Art. 1.9 (Altre assicurazioni).

Estensione agli "sport ad alto rischio" (cod. 35)

A parziale deroga dell'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive) - paragrafo 2) - lettera c) della Sezione Infortuni, la garanzia è estesa - limitatamente ai casi Morte e Invalidità Permanente - agli infortuni derivanti dalla pratica di "sport ad alto rischio" purché non praticati come "sport agonistici e/o professionistici".

Relativamente alla presente estensione, la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente avverrà in ogni caso secondo le modalità descritte dalla condizione particolare "Invalidità permanente con franchigia maggiorata" (cod. 84) della presente sezione, anche se non espressamente richiamata.

- Limitazione dell'assicurazione agli infortuni "in itinere" (cod. 37)

In deroga a quanto previsto dagli Artt. 3.2 (Eventi garantiti - infortuni da attività professionale) e 3.5 (Eventi garantiti - infortuni da attività extraprofessionale), la garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso.

- Regolazione del premio (cod. 80)

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi variabili dallo stesso denunciati ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio iniziale, che costituisce, in ogni caso, il premio minimo.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati necessari alla regolazione, affinché la Società possa procedere al relativo conteggio del premio definitivo.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente la Società non è obbligata per i sini-

stri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Il Contraente, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli, è tenuto a fornire chiarimenti e ad esibire tutta la documentazione necessaria.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL CASO MORTE

- Raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte da circolazione stradale (cod. 47)

La Società, nel limite di esborso massimo complessivo di € 400.000,00 per ogni infortunato, corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte per gli infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove. Qualora il doppio dell'indennità, comprensivo del capitale base e del raddoppio, superi € 400.000,00, la Società non potrà corrispondere in ogni caso, per ogni infortunato, somme superiori a detta cifra.

Resta fermo in ogni caso il limite previsto all'Art. 2.14 (Limite di indennizzo per sinistro collettivo).

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

- Tabella INAIL (cod. 3)

La "Tabella A" correlata all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) si intende sostituita dalla tabella di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

Franchigia assoluta sulla invalidità permanente (cod. 9)

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

- non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore alla percentuale di franchigia convenuta risultante in polizza.
- se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

- Invalidità permanente con supervalutazione specifica (cod. 36)

Fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), in caso di infortunio indennizzabile che comporti all'Assicurato la perdita totale, anatomica o funzionale degli organi od arti di seguito elencati, la "Tabella A" correlata all'Art. 2.5 o la Tabella di legge (INAIL) se resa operante richiamando la clausola 3 della presente sezione, si intende parzialmente modificata come di seguito indicato:

Per la perdita totale

- di un braccio o di una mano.....	100%
- per la perdita totale del pollice.....	60%
- per la perdita totale dell'indice.....	60%
- per la perdita totale del medio.....	30%
- per la perdita totale dell'anulare.....	15%
- per la perdita totale del mignolo.....	15%
- per la perdita totale di più dita della stessa mano percentuale massima.....	80%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio.....	50%
- per la sordità completa di un orecchio.....	25%
- per la sordità completa di ambedue gli orecchi.....	75%
- per la perdita totale di un piede.....	50%

Per la perdita di una falange o di anchilosi totale di una sola articolazione l'indennizzo sarà pari alla metà di quella per la perdita totale del dito.

Si conferma che in caso di minorazione le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta e che rimangono ferme tutte le altre disposizioni previste dal citato articolo.

Viene inoltre convenuto e stabilito che la presente pattuizione cesserà di essere operativa nel caso in cui l'Assicurato cambiasse la propria attività professionale indicata in polizza. In tal caso la Società provvederà a richiesta dell'Assicurato, alla modifica del premio.

- Invalidità permanente senza franchigia sui primi € 150.000,00 di somma assicurata (cod. 75)

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

- sulla parte di somma assicurata sino a 150.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al

grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

- Invalidità permanente con franchigia maggiorata (cod. 84)

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

L'indennizzo dovuto per l'invalidità permanente verrà determinato come segue:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 250.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

- Inabilità temporanea in forma integrale e relativa liquidazione (cod. 4)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o nella parziale incapacità fisica di attendere, anche in parte, all'attività dichiarata in polizza.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

- Inabilità temporanea con franchigia assoluta (cod. 7)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazio-

ne dell'inabilità temporanea e relative franchigie), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza. La franchigia decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio.

- Inabilità temporanea in forma integrale con franchigia riassorbibile (cod. 44)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o nella parziale incapacità fisica di attendere, anche in parte, all'attività dichiarata in polizza.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

La franchigia:

- a) è ridotta a cinque giorni quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio Ospedaliero;
non si applica quando l'infortunio comporti:
- b) un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura
- c) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- d) un periodo di inabilità temporanea non inferiore a quaranta giorni consecutivi comprovati da certificazione medica;
- e) una immobilizzazione, anche senza ricovero per almeno venti giorni.

- Inabilità temporanea senza franchigia per indennità fino a € 25,00 (cod. 76)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea decorre dal primo giorno successivo a quello dell'infortunio, purché la somma assicurata non sia di importo superiore a € 25,00.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

- Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio (cod. 32)

La garanzia, ad estensione di quanto previsto dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una immobilizzazione.

La Società corrisponderà per ogni giorno di immobilizzazione, sino alla rimozione del mezzo di contenzione - anche in assenza di ricovero - un indennizzo giornaliero pari al 100% della somma assicurata per la diaria da ricovero.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata dell'immobilizzazione e la causa;
- c) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata

alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

- Indennità per convalescenza a seguito di infortunio (cod. 33)

La prestazione, ad estensione di quanto previsto dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, per un periodo pari al doppio di quello della degenza con il limite di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio.

Il periodo di indennizzo comprensivo del ricovero e della convalescenza non potrà superare i trecentosessantacinque giorni.

L'indennità per convalescenza sarà liquidata dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato di certificazione medica attestante lo stato di convalescenza.

- Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri conseguenti ad infortunio (cod. 77)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a venti giorni, l'indennità giornaliera di ricovero convenuta in polizza:

- è maggiorata del 50% dal ventunesimo al quarantesimo giorno consecutivo di degenza;
- è raddoppiata oltre il quarantesimo giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'Istituto di Cura.

Per il caso di ricovero a seguito di infortunio in reparto di rianimazione o di cura intensiva e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari al doppio della somma convenuta in polizza.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

- Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio (cod. 78)

A parziale deroga dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), l'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

- Franchigia assoluta sull'indennità per immobilizzazione da infortunio (cod. 101)

A parziale deroga di quanto previsto dalla clausola 32 - "Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio" - se operante - l'indennità per immobilizzazione da infortunio viene corrisposta con applicazione di una franchigia assoluta di cinque giorni.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

- Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da malattia (cod. 79)

A parziale deroga dell'Art. 4.1 (Garanzie prestate) - lettera A), l'indennità per ricovero ospedaliero da malattia viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

CODICE CIVILE**Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta**

Oltre che nel caso indicato nell'Articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte

al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 Bis - Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore

Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma. Omissis ...

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui (1890) o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che

sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assi-

curato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare nei quali ricorrano gli estremi di morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'Articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti.

Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, c.c., e, decorsi due anni dall'avvenimento, viene dichiarata la morte presunta a norma dell'Articolo 60, n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Ed. 01/06/2014

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾. Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it