



Contratto di Assicurazione infortuni automobilistici/**Easy Driver**

Il presente Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di proposta deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Contratto di Assicurazione infortuni automobilistici/**Easy Driver**



NOTA INFORMATIVA

EASY DRIVER/Mod. X3041.0 – edizione 12/2015

Assicurazione infortuni automobilistici/Easy Driver

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora 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 del contratto.

A . INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il contratto è concluso con Assicuratrice Val Piave S.p.A., sede legale in Belluno - Italia - Via Ippolito Caffi, 83 Telefono 0437.938611 - www.valpiave.it – e-mail: valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Assicuratrice Val Piave S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22/02/63), è iscritta all'albo IVASS delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030 e fa parte del Gruppo ITAS Assicurazioni, iscritto al n° 010 dell'apposito albo IVASS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 24,9 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 17,9 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è di 4,87 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B . INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. La scelta effettuata risulta chiaramente indicata sul frontespizio del contratto.

AVVERTENZA

Se il contratto è stipulato **con tacito rinnovo**, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 3 del Fascicolo delle Condizioni).

Se il contratto è stipulato **senza tacito rinnovo** (cioè **a scadenza automatica**), lo stesso cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto copre gli infortuni che l'Assicurato subisce quale guidatore non identificato di un veicolo, oppure quale guidatore identificato di un gruppo di veicoli (art. 12 del Fascicolo delle Condizioni).

Le garanzie assicurabili sono:

- Morte da infortunio
- Invalidità permanente da infortunio
- Inabilità temporanea da infortunio
- Indennità da immobilizzazione
- Rimborso spese mediche
- Indennità da ricovero a seguito di infortunio

AVVERTENZA

Relativamente a ciascuna garanzia infortuni sono previste alcune esclusioni alle coperture assicurative, elencate nei seguenti articoli del Fascicolo delle Condizioni:

Artt. 16 e 30 – Esclusioni relative alla garanzia infortuni

AVVERTENZA

Qualora siano previsti franchigie, scoperti e/o limiti di indennizzo, gli stessi vengono riportati nella tabella seguente relativamente alle singole garanzie alle quali si riferiscono:

Art.	Garanzia prestata	Operatività	Franchigia (in €, in %, in giorni per ogni sinistro)	Scoperto (in €, o in % per ogni sinistro)	Limite di indennizzo (in €, o giorni per sinistro ed anno assicurativo)
23 24	Invalità permanente da infortunio	Obbligatoria	Franchigia relativa fino a IP pari al 20%. Le franchigie sono così strutturate: 3% fino a 150.000€; 5% da 150.000€ a 300.000€ 10% oltre 300.000€ 100% dell'indennizzo per IP superiori al 66%. Valutazione della percentuale di invalidità permanente secondo tabelle ANIA		
25 26	Inabilità temporanea da infortunio	A scelta dell'assicurato	Franchigia relativa di 7 giorni fino a 50€; Franchigia relativa di 11 giorni oltre 50€ per IT inferiori a 60 giorni		La diaria viene corrisposta in forma integrale o parziale per un massimo di 300 giorni.
27	Indennità da immobilizzazione	A scelta dell'assicurato		osteosintesi : Max 1% somma assicurata IP	max 2.500€
28/29	Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	A scelta dell'assicurato		1% massimale Min. 50€ /max150€	Post 90 giorni
			Trattamenti riabilitativi: 300€ oltre 1.000€ di rimborso	Trattamenti riabilitativi: 1% massimale Min 50€/max 150€ fino 1.000€ di rimborso	Trattamenti riabilitativi: post 90 giorni max 2.500€
				Acquisto/noleggio apparecchi protesici: 1% massimale Min. 50€ /max150€	Acquisto/noleggio apparecchi protesici: Max 1.000€
				Spese dentarie: 1% massimale Min. 50€ /max150€	Spese dentarie: max 2.500€
				Spese trasporto ambulanza: 1% massimale Min. 50€ /max150€	Spese trasporto ambulanza: Max 500€
30	Indennità da ricovero		3 giorni solo per day hospital/day surgery		Max 90 giorni

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• Franchigia relativa

La parte di indennizzo che resta a carico dell'assicurato per postumi di invalidità permanente non superiori al 20%.
Somma assicurata per l'invalidità permanente 500.000 €

Invalidità riconosciuta 15%		Invalidità riconosciuta 27%
Franchigia 3% fino a 150.000 € quindi 12% di 150.000 €	18.000 €	Franchigie non applicate per IP superiore al 20% Quindi 27% di 500.000 €
Franchigia 5% da 150.000 € a 300.000 € quindi 10% di 150.000 €	15.000 €	
Franchigia 10% oltre 300.000 € quindi 5% di 200.000 €	10.000 €	
Indennizzo totale 43.000 €		Indennizzo totale 135.000 €

AVVERTENZA

Limite di età: 80 anni. Se l'assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, questo mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione come indicato agli artt. 1, 2 e 17 del Fascicolo delle Condizioni.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e valutazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad Assicuratrice Val Piave di ogni aggravamento e diminuzione del rischio come indicato agli artt. 7 e 8 del Fascicolo delle Condizioni.

Esempio: se al momento del sinistro l'assicurato si trova alla guida di un veicolo appartenente a un gruppo superiore a quello dichiarato in polizza può perdere il diritto all'indennizzo o essere indennizzato in forma parziale.

6. Premi

Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e il premio può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato.

In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.

Presso gli intermediari dotati degli specifici sistemi sono accettate anche carte di credito e/o pos.

AVVERTENZA

Il premio può essere soggetto a sconti, applicabili dall'intermediario o dall'impresa per motivi commerciali o di buon andamento tecnico.

7. Diritto di recesso

AVVERTENZA

• Diritto di recesso

In caso di **contratto annuale** o **poliennale** le parti hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Nel caso in cui il **contratto poliennale superi i cinque anni**, il Contraente/Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di recesso non sono previsti oneri aggiuntivi.

• Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo entrambe le Parti – Contraente/Assicurato e Assicuratrice Val Piave - hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza (art. 32 del Fascicolo delle Condizioni).

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

9. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

10. Regime fiscale

Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni del 2,50% sui premi imponibili.

I premi delle garanzie infortuni morte e invalidità permanente con applicazione di una franchigia del 5% sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo Unico delle Imposte sui redditi.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**AVVERTENZA**

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione di Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente\Assicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art. 31. L'individuazione del sinistro da parte di Assicuratrice Val Piave avviene con la denuncia che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento ed una descrizione delle modalità di accadimento.

Eventuali spese di accertamento sono a carico di Assicuratrice Val Piave ad eccezione delle spese per l'arbitrato sostenute da entrambe le parti nelle modalità riportate all'art.33.

Le spese per la cartella clinica sono a carico dell'Assicurato.

12. Reclami

Premesso che, ai sensi della normativa vigente, non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti e le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto, eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:

Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento
Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it

I reclami devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico;
- b) numero della polizza e nominativo del contraente;
- c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo;
- d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. Se il reclamante non è soddisfatto della risposta, o in caso di mancato riscontro nel termine massimo di 45 giorni di cui sopra, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, a mezzo posta (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma) o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353), allegando copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro. Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it al link "Come presentare un reclamo".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda, infine, che in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, ferma la possibilità di rivolgersi all'IVASS come sopra specificato e/o di interessare l'Autorità giudiziaria, il reclamante potrà scegliere di avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

1) **Mediazione finalizzata alla conciliazione:** per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.

2) **Negoziazione assistita** finalizzata alla composizione bonaria della lite: è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al proprio avvocato di fiducia (D.L. 12 settembre 2014 n. 132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

3) **Arbitrato:** le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

Maggiori informazioni in merito sono disponibili su www.gruppoitas.it, nella sezione "Reclami".

13. Arbitrato

AVVERTENZA

In caso di controversia in merito alla determinazione dell'indennizzo le parti possono demandare per iscritto ad un "collegio medico" la valutazione del danno secondo le modalità e le indicazioni (Comune sede dell'Ordine dei medici nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato), richiamate nelle relative condizioni generali di assicurazione (CGA).

14. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle CGA e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono regolamentate dal D. Lgs. 04.03.2010 n. 28 e successive modifiche e dalle normative secondarie di attuazione.

Assicuratrice Val Piave è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Fabrizio Lorenz
Amministratore Delegato
Assicuratrice Val Piave S.p.A.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I CONTRATTI**→ Assicurato**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

→ Assicurazione cumulativa

l'assicurazione, con una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n.206 del Codice del Consumo.

→ Contraente

il soggetto che stipula il contratto.

→ Indennizzo

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

→ Polizza

il documento che prova l'assicurazione.

→ Premio

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

→ Sinistro

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

→ Società

Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LE POLIZZE INFORTUNI E MALATTIA**→ Beneficiario**

gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

→ Day Hospital/Day surgery

forma di ricovero presso struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica.

→ Infortunio

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

→ Inabilità temporanea

la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

→ Invalidità permanente

la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

→ Istituto di cura

istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, hospice, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali.

→ Ricovero

permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Easy Driver

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Easy Driver /Mod. X3041.0 – edizione 12/2015

INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI	5
PRESTAZIONI	7
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
CONDIZIONI POLIZZE CUMULATIVE	12
GARANZIE COMPLEMENTARI	13
GARANZIE SPECIALI	13
GRUPPI DI VEICOLI	13

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art. 166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza".

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione cumulativa	l'assicurazione, con un'unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 1469 bis del codice civile;
Beneficiario	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Franchigia	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'assicurato;
Day Hospital/Day surgery	Forma di ricovero presso struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
Invalidità permanente	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, hospice, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali;
Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
Premio	la somma dovuta dal contraente alla Società;
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società	Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
Strada urbana	strada presente all'interno dei centri abitati. Si dividono in: strada urbana di scorrimento (tipo D): strada a carreggiate indipendenti o separate da spartitraffico, ciascuna con almeno due corsie di marcia, e una eventuale corsia riservata ai mezzi pubblici, banchina pavimentata a destra e marciapiedi, con le eventuali intersezioni a raso semaforizzate; per la sosta sono previste apposite aree o fasce laterali estranee alla carreggiata, entrambe con immissioni ed uscite concentrate; strada urbana di quartiere (tipo E): strada a unica carreggiata con almeno due corsie, banchine pavimentate e marciapiedi; per la sosta sono previste aree attrezzate con apposita corsia di manovra, esterna alla carreggiata.
Strada/pista ciclabile	strada locale, urbana, extraurbana o vicinale, asfaltata, destinata prevalentemente alla percorrenza pedonale e ciclabile e caratterizzata da una sicurezza intrinseca a tutela dell'utenza debole della strada;
Termini di aspettativa	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia;

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE→ **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e dell'assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile).

→ **Art. 2 - Altre assicurazioni**

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, 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. 3 – Proroga dell'assicurazione**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

→ **Art. 4 – Pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

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

→ **Art. 5 – 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. 6 – Validità territoriale**

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. Ogni indennizzo dovuto dalla Società viene sempre liquidato in Italia, in euro. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile **limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero**; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'assicurato.

→ **Art. 7 – Aggravamento del rischio**

Il contraente o l'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

→ **Art. 8 – Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

→ **Art. 9 – Modifiche dell'assicurazione**

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

→ **Art. 10 - Oneri fiscali**

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

→ **Art. 11 - Rinvio alle norme di legge**

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI**→ Art. 12 – Oggetto assicurato**

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal guidatore non identificato del veicolo descritto in polizza, dal guidatore identificato di un gruppo di veicoli contraddistinto dai numeri 1 – 2 – 3 riportati nella tabella dei "GRUPPI DI VEICOLI", o dal guidatore non identificato dei veicoli assicurati in forma "flotta" durante:

- la messa in moto del veicolo;
- mentre si trova alla guida;
- in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- nel tentativo di salvataggio del veicolo o dei suoi occupanti;
- durante la prestazione di assistenza ai trasportati in fase di salita o discesa dal veicolo.

L'assicurazione è inoltre prestata per gli infortuni subiti dai conducenti di autovetture adibite ad uso privato, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali, autocase, motocicli adibiti ad uso privato, nonché in qualità di guidatori di ciclomotori e biciclette. Relativamente alla bicicletta la garanzia è operante esclusivamente:

- nei casi in cui viene identificato il conducente;
- per trasporto e svago su strade urbane e ciclabili.

Si intende pertanto **esclusa la pratica di attività sportive quali ad esempio ciclismo, downhill, mountain bike, trekking.**

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) la folgorazione;
- 6) i colpi di sole o di calore;
- 7) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 8) gli infortuni subiti a causa di malore o alterazione di coscienza, **salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie previste dall'art.16 - Esclusioni - e fermo l'art.17 – Persone non assicurabili - delle Condizioni generali di assicurazione infortuni.**

→ Art. 13 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'assicurato, del contraente e del beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari o da atti di terrorismo ai quali l'assicurato non abbia partecipato.

→ Art. 14 – Infortuni cagionati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art.1912 del codice civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, **l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 2.600.000,00 euro per tutti gli indennizzi. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.**

→ Art. 15 - Infortuni cagionati da guerra e insurrezione

A parziale deroga dell'art.1912 del codice civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra, guerra civile, da insurrezione o lotta armata che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica italiana, **per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.**

→ Art. 16 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore o imbarcazione, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 2) da stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta con valori di alcolemia superiori allo 0,80 gM se l'assicurato si trova alla guida di veicoli e velocipedi in genere;
- 3) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biomorali;
- 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 5) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- 6) da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 15 - Infortuni cagionati da guerra e insurrezione - ;
- 7) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 8) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- 9) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche, salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- 10) dall'uso di veicoli e motocicli all'interno dei circuiti.

Gli infarti e le ernie non traumatiche sono sempre esclusi.

→ Art. 17 – Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del contraente che l'assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

→ Art. 18 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art.23 - Invalidità permanente -.

→ Art. 19 – Limite di età

La garanzia si intende prestata per le garanzie infortuni per persone di età **non superiore a 80 anni**.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

PRESTAZIONI

→ **Art. 20 – Morte**

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, verificatasi **entro due anni** dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati dal contraente o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, **la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.**

→ **Art. 21 – Morte presunta**

Qualora l'assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) 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 corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'assicurato, questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

→ **Art. 22 – Indennizzo ai figli minori**

Qualora nel medesimo evento deceda per infortunio anche il coniuge del guidatore, **non legalmente separato**, verrà corrisposta, **esclusivamente ai figli minori** e in parti uguali, una ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte **col massimo di 50.000,00 euro.**

→ **Art. 23 – Invalidità permanente**

1. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata.
2. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata **in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento alle percentuali delle seguenti menomazioni:**

Perdita, anatomica o funzionale, di:	destro	sinistro
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso con estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
• paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• 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%
• anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
• anchilosi del ginocchio in estensione	25%
• anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
• paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
• Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
• Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- 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 sacro	3%
• Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
• Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
• Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
• Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
• Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

3. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste al punto 2., si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, le percentuali sopra indicate **sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta**;
 - nel caso di 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 la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate al punto 2. e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
4. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate al punto 2. e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

→ **Art. 24 – Franchigie sulla invalidità permanente**

A parziale deroga dell'art.23 - Invalidità Permanente -, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 150.000,00 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000,00 euro della prima e fino a 300.000,00 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 300.000,00 euro** delle prime due, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente **superiore al 20%** della totale.

Qualora la percentuale di invalidità risulti **superiore al 66%**, **l'indennizzo sarà pari al 100%** della somma assicurata.

→ **Art. 25 – Inabilità temporanea**

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza:

- a) **integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennizzo sarà sempre corrisposto in forma integrale durante il:

- periodo di ricovero ospedaliero;
- periodo di immobilizzazione definito all'art. 27;
- periodo di deambulazione con prescrizione di stampelle con carico parziale e carrozzelle.

Nei primi due casi la franchigia di cui all'art. 26 si intende annullata;

- b) **il residuo periodo in percentuale del 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato **come previsto all'art. 31 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato** - o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o di struttura similare e viene corrisposta **per un periodo massimo di 300 giorni**. Nel caso in cui l'assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 31, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

→ **Art. 26 – Franchigie sulla inabilità temporanea**

A parziale deroga dell'art.25 - Inabilità Temporanea - l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea **non sia superiore a 50,00 euro**, l'indennizzo viene corrisposto **a decorrere dal 8° giorno** successivo a quello computabile a termini di polizza;
2. nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea **sia superiore a 50,00 euro**, l'indennizzo viene corrisposto **a decorrere dal 10° giorno successivo** a quello computabile a termini di polizza.

Tali franchigie non trovano applicazione se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea totale di durata pari o superiore a **60 giorni**.

→ **Art. 27 – Indennità da immobilizzazione**

Nel caso di fratture **accertate radiologicamente**, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici, oppure nel caso di applicazione di una ingessatura o di un tutore immobilizzante, la Società indennizza l'indennità giornaliera indicata in polizza **per ciascun giorno di immobilizzazione e/o ingessatura e per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

1. **le fasce elastiche in genere;**
2. **i bendaggi alla colla di zinco;**
3. **i busti ortopedici elastici;**

4. **i vari tipi di collari**, eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali;

5. **tutori per il naso.**

La garanzia si intende estesa alle fratture, accertate radiologicamente, di **almeno 4 coste**, vertebre, bacino o coccige e sterno per la guarigione dei quali non è necessaria l'applicazione di mezzi di contenzione.

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come placche, chiodi e similari; tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo forfetario pari all'1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500,00 euro.

→ **Art. 28 – Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio**

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, la Società, **entro i limiti del massimale assicurato**, rimborsa, **per sinistro e per anno assicurativo**, le spese sostenute per:

- a. rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero;
- b. interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- c. visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici, i presidi medici per medicazione e gli accertamenti diagnostici conseguenti all'infortunio ed effettuati **nei 90 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- d. trattamenti di terapia riabilitativa, fisioterapia e dell'osteopata a seguito dell'infortunio ed effettuati **nei 90 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante, **nel limite del massimale assicurato e comunque non superiore a 2.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- e. acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle **entro il limite di 1.000,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- f. le spese dentarie di natura post traumatica che abbiano interessato denti sani – intendendo denti non affetti da patologie preesistenti o trattati da carie precedenti – **entro il limite massimo di 2.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- g. le spese sostenute per il trasporto in ambulanza **entro il limite di 500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**.

→ **Art. 29 – Liquidazione Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio**

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto pari all'1% del massimale assicurato, con il minimo di 50,00 euro e il massimo di 150,00 euro a carico dell'Assicurato.

In caso di rimborso per trattamenti di terapia riabilitativa, fisioterapia e dell'osteopata di cui alla lettera d) dell'art.28 il rimborso sarà effettuato nei seguenti termini:

- **per importi fino a 1.000,00 euro il rimborso viene effettuato previa detrazione di uno scoperto pari all'1% del massimale assicurato, con il minimo di 50,00 euro e il massimo di 150,00 euro a carico dell'assicurato;**
- **per il rimborso in eccedenza a 1.000,00 euro verrà applicata una franchigia fissa di 300,00 euro.**

→ **Art. 30 – Indennità da ricovero a seguito di infortunio**

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia come conseguenza un ricovero dell'assicurato - **non in day hospital** - corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per **tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 90 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.**

Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta **soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.**

Esclusioni.

Sono esclusi dalla garanzia i ricoveri inerenti:

- 1) **le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);**
- 2) **le cure dentarie e le paradentopatie non direttamente conseguenti a infortunio;**
- 3) **le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- 4) **stati patologici correlati alla infezione da HIV;**
- 5) **i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione 'istituto di cura'.**

Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 16 – Esclusioni –

CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO→ **Art. 31 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato**

In caso di sinistro, 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, ai sensi dell'art.1913 del codice civile. **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; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.** L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

→ **Art. 32 – Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, **e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo**, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte **mediante lettera raccomandata, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto **trascorsi 30 giorni** dalla data di invio della comunicazione. La Società, **entro 30 giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non decorso.

→ **Art. 33 – Determinazione dell'indennizzo – Perizia contrattuale**

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di origine medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art.18 - Criteri di indennizzabilità - possono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. 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. 34 – Liquidazione lesioni tendinee**

Se l'infortunio ha come conseguenza lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) l'indennizzo sarà effettuato nei seguenti termini:

- a) in base a quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione per assicurati fino a 40 anni;
- b) un indennizzo forfettario, **comprensivo di tutte le garanzie, pari al 5% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro**, in caso l'assicurato abbia **un'età compresa tra i 40 e i 55 anni**;
- c) un indennizzo forfettario, **comprensivo di tutte le garanzie, pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro**, in caso l'assicurato abbia **un'età superiore a 55 anni**.

Relativamente ai punti b) e c) rimane convenuto che le franchigie previste all'art. 24 si intendono annullate.

CONDIZIONI POLIZZE CUMULATIVE→ **Art. 35 - Assicurazioni di gruppo**

Poiché la presente assicurazione è 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, così come disposto dall'art.1891 del codice civile.

→ **Art. 36 - Regolazione del premio con stima anticipata**

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal contraente, all'inizio del periodo assicurativo, in base ad una stima preventiva del numero di mezzi presi in considerazione dal contratto.

→ **Art. 36.1 - Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio**

Entro **90 giorni** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il contraente deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, il consuntivo degli elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate **entro 30 giorni** dalla comunicazione fatta dalla Società.

→ **Art. 36.2 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

Nel caso in cui il contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati e il pagamento della differenza attiva dovuta, l'eventuale indennizzo, relativo ai sinistri accaduti nel periodo annuo immediatamente successivo a quello per il quale non è stata effettuata la comunicazione e il pagamento della differenza, qualora dovuta, sarà ridotto tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato e quello calcolato sul consuntivo dichiarato o accertato, restando la parte rimanente a carico del contraente.

Tale riduzione proporzionale non verrà applicata per i sinistri avvenuti dopo le ore 24 del giorno in cui il contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

→ **Art. 37 - Regolazione flottante (con inclusioni/esclusioni)**

Il premio è convenuto in base al numero dei mezzi indicati in polizza.

Per le inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell'anno verrà emessa in agenzia apposita appendice (senza incasso) con effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione fatta via e-mail all'agenzia di competenza.

L'assicurazione è valida soltanto per i veicoli notificati alla Società nel modo predetto.

→ **Art. 37.1 - Pagamento della differenza di premio**

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione la Società provvederà ad emettere apposita appendice di regolazione, in base alla differenza tra i ratei di premio risultanti dalle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso del periodo assicurativo, che dovrà essere pagata **entro 30 giorni** dall'emissione dell'appendice.

→ **Art. 37.2 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

Nel caso in cui il contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato il pagamento, l'eventuale indennizzo relativo ai sinistri accaduti nel periodo annuo immediatamente successivo a quello per il quale non è stata effettuato il pagamento, sarà ridotto tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato e quello calcolato sul consuntivo dichiarato o accertato, restando la parte rimanente a carico del contraente.

Tale riduzione proporzionale non verrà applicata per i sinistri avvenuti dopo le ore 24 del giorno in cui il contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

GARANZIE COMPLEMENTARI

Sempre operanti

→ **Art. 38 – Anticipo indennizzo**

In caso di infortunio che determini una invalidità permanente **presumibilmente superiore al 30%**, è facoltà dell'assicurato richiedere un anticipo sulla liquidazione dell'indennizzo dovuto dalla Società che **non potrà essere superiore all'importo corrispondente al 50%** della presunta invalidità e purché non siano state sollevate ipotesi di inoperatività contrattuale.

Tale anticipo verrà corrisposto **non prima che siano trascorsi tre mesi dall'infortunio**.

GARANZIE SPECIALI

Valide solo se richiamate in polizza

→ **Art. 39 – Tabella INAIL (con sovrappremio)**

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 23 delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

→ **Art. 40 – Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)**

Il testo dell'art. 24 - Franchigie sulla invalidità permanente - si intende sostituito totalmente dal testo che segue: A parziale deroga dell'art. 23 la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate. La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **pari a 250.000,00 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 250.000,00 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente **superiore al 20%** della totale.

→ **Art. 41 - Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)**

A deroga del disposto di cui all'art. 24 resta convenuto che, relativamente al caso di invalidità permanente, **la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

→ **Art. 42 - Franchigia maggiorata sulla inabilità temporanea (con sconto)**

A parziale deroga dell'art. 26 l'indennizzo per inabilità temporanea verrà corrisposto a decorrere dal **30° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.**

GRUPPI DI VEICOLI

- Gruppo 1** Conducente di: autovetture ad uso privato e da noleggio, autoveicoli fino a 35 quintali di peso a pieno carico, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali di peso, autocase, motoveicoli, motocicli, ciclomotori e biciclette.
- Gruppo 2** Conducente di: veicoli di cui al gruppo 1 con l'estensione ad autocarri con o senza rimorchio di oltre 35 quintali di peso a pieno carico, autobus e ambulanze.
- Gruppo 3** Conducente di: veicoli di cui ai gruppi 1 e 2 con l'estensione a trattori agricoli e macchine operatrici semoventi, autoarticolati e motoslitte.