



Contratto di Assicurazione infortuni e malattia/**Quadrifoglio**

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 e malattia/**Quadrifoglio**



NOTA INFORMATIVA

Quadrifoglio/Mod. X0442.0 Edizione 2/2008

Assicurazione infortuni e malattia/Quadrifoglio

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 della polizza.

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 28,0 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 21 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave Spa è pari al 253%, e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ed il requisito di capitale regolamentare valutati secondo le regole Solvency II.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

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 inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 30).

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 nello svolgimento della propria attività professionale e/o extraprofessionale (art. 1).

Le garanzie assicurabili sono:

- Morte da infortunio
- Invalidità permanente da infortunio
- Invalidità permanente da malattia
- Indennità da ricovero per infortunio
- Indennità da ricovero per malattia

AVVERTENZA

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

Art. 7 – Esclusioni relative alla garanzia infortuni

Art. 19 – Esclusioni relative alla garanzia malattia

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)
13\14	Invalità permanente da infortunio	Obbligatoria	Franchigia relativa del 10% fino a postumi di invalidità del 25%. Valutazione della percentuale di invalidità permanente secondo tabelle INAIL		Somma assicurata prevista in polizza con meccanismo di raddoppio e quadruplico per grandi invalidità
15	Indennità da ricovero a seguito di infortunio	Sempre operante	3 giorni per ricoveri inferiori a 7 giorni		Diaria prevista dalle CGA comunque non superiore a 100,00 corrisposta per un massimo di 60 giorni
17\20	Invalità permanente da malattia	A scelta dell'assicurato	Franchigia del 25% per assicurati di età non superiore a 30 anni; Franchigia del 30% per assicurati tra 31 e 42 anni; Franchigia del 35% per assicurati di età superiore a 42 anni;		Somma assicurata prevista in polizza in base alle percentuali riportate nella tabella.
16	Indennità da ricovero da malattia	A scelta dell'assicurato	3 giorni		Diaria prevista in polizza, raddoppiata per ricoveri superiori a 15 giorni, corrisposta per un massimo di 150 giorni.
16	Rimborso spese per accertamenti diagnostici e trasporto	Sempre operante in caso di indennità da ricovero da malattia			Nel limite di 10 volte l'importo di indennità giornaliera; 90 giorni per trattamenti di cui alla lett. a)

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• Franchigia fissa

Parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo dovuto ai sensi di polizza 1.000,00 €

Franchigia fissa 100,00 €

Indennizzo liquidato 900,00 €

• Franchigia relativa

La parte di indennizzo che resta a carico dell'Assicurato per postumi di invalidità permanente non superiori al 25%.
Somma assicurata base per l'invalidità permanente 100.000 €

Invalidità riconosciuta 15%	
Franchigia 10% per postumi fino a 25% 5% di 100.000 €	5.000,00 €
Invalidità riconosciuta 30%	
Indennizzo sulla somma raddoppiata 200.000 € 30% di 200.000 € Nessuna franchigia	60.000,00 €
Invalidità riconosciuta 60%	
Indennizzo sulla somma quadruplicata 400.000 € 60% di 400.000 € Nessuna franchigia	240.000,00 €

AVVERTENZA

Limite di età: 80 anni per le garanzie infortuni e indennità da ricovero per infortuni e/o malattia; 75 anni per la garanzia invalidità permanente da malattia. Se l'Assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, il contratto mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA

Per le garanzie invalidità permanente da malattia e indennità da ricovero a seguito di malattia l'assicurazione ha effetto trascorsi i periodi di carenza riportati all'art.18 del Fascicolo delle Condizioni.

5. 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. 9, 25 e 29 del Fascicolo delle Condizioni.

AVVERTENZA

Il Contraente/Assicurato deve rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario medico che forma parte integrante del contratto stesso.

6. 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 e delle variazioni nella professione come indicato agli artt. 27 e 28.

Esempio: se al momento del sinistro l'Assicurato svolge un'attività diversa e più pericolosa rispetto a quella dichiarata in polizza può perdere il diritto all'indennizzo o essere indennizzato in forma parziale.

7. 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 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.

8 . 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.23).

Relativamente alle garanzie malattia Assicuratrice Val Piave rinuncia alla facoltà di recesso.

• Recesso per sinistro per le assicurazioni cumulative

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni (art. 36).

9. 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.

10. Legge applicabile al contratto

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

11. 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% e della garanzia invalidità permanente da malattia 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

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione dell'Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente/Assicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art.21. 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. 24.

Per le garanzie malattia si rispettano le seguenti modalità. Indennità da ricovero: l'accertamento è immediato alla consegna dei documenti; eventuali spese per la cartella clinica sono a carico dell'Assicurato. Invalidità permanente da malattia: la denuncia del danno viene sempre valutata con visita medica, a spese di Assicuratrice Val Piave, e viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia.

13. 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 alla sezione "Per i Consumatori" al link "Reclami".

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".

14. 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).

15. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione necessaria di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

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.
→ 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.
→ Invalidità permanente da infortunio	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.
→ Invalidità permanente da malattia	la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
→ Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, 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.
→ Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
→ Ricoveri	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital.

Quadrifoglio

INDICE

PAGINE

DEFINIZIONI.....	2
OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO	4
PRESTAZIONI	7
SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI.....	13
ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	16
DISPOSIZIONI VARIE.....	17
CONDIZIONI VALIDE SOLO PER ASSICURAZIONI CUMULATIVE	18

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

Nel testo che segue si intendono per:

- **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.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 il contratto;
- **Day Hospital** struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
- **Indennizzo** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **Invalidità Permanente da infortunio** la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Invalidità Permanente da Malattia** la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Istituto di cura** istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, 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;
- **Malattia** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;



- **Malattie coesistenti** malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi;
- **Malattie concorrenti** malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organo-funzionale;
- **Polizza** il documento che prova l'assicurazione;
- **Premio** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- **Ricovero** la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital;
- **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.

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

È 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 considerati infortuni 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) i colpi di sole o di calore.

Sono in garanzia anche 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. 9 - Persone non assicurabili - e fermo l'art. 7 - Rischi esclusi dall'assicurazione -.

Art. 2 - 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 ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub.

Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso.

La presente estensione di assicurazione non è valida nel caso in cui la polizza abbia durata inferiore a un anno.



Art. 4 - Infortuni determinati 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 però 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. 5 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra o da insurrezione 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. 6 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Ogni indennizzo dovuto dalla Società viene sempre liquidato in Italia, in euro.

Art. 7 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, 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) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto disposto dall'art.3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei -;
- 3) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 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.5 - Infortuni determinati 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.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- 8) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- 9) dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con auto-respiratore, sci estremo;
- 10) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Gli infarti sono comunque esclusi.

Art. 8 - Limite d'età dell'Assicurato

La garanzia si intende prestata per persone di età non superiore a 80 anni ad eccezione della garanzia Invalidità permanente da malattia che vale per persone di età fino a 75 anni.

Art. 9 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 25 - 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.

Art. 10 - 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



integrata e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art. 13 - Invalidità permanente -.

PRESTAZIONI

Art. 11 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Qualora nel medesimo evento deceda per infortunio anche il coniuge non legalmente separato, verrà corrisposta, esclusivamente ai figli minori ed in parti uguali, una ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte.

Nel caso in cui anche il coniuge risulti essere assicurato con analoga polizza emessa dalla Società con la stessa previsione del raddoppio della somma assicurata per il caso di morte, sarà presa in considerazione ai fini del riconoscimento della maggior indennità a favore dei figli minori, la sola polizza con la somma più elevata.

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. 12 - 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. 13 - Invalidità permanente

A) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

B) 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 in base alle percentuali indicate nell'allegato n. 1 alla legge degli infor-

tuni sul lavoro del 30.6.65 n. 1124, della quale si riporta un parziale estratto nella tabella che segue.

	Destro	Sinistro
Perdita totale		
di un arto superiore	85%	75%
di un avambraccio	75%	65%
di una mano	70%	60%
di un arto inferiore sopra il ginocchio		65%
di un arto inferiore all'altezza o sotto il ginocchio		50%
di un piede		50%
del pollice	28%	23%
dell'indice	15%	13%
Perdita totale	Destro	Sinistro
del mignolo		12%
del medio		12%
dell'anulare		8%
dell'alluce		7%
di ogni altro dito del piede		3%
della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%
della facoltà visiva di un occhio		35%
della capacità uditiva di ambedue gli orecchi		60%
della capacità uditiva di un orecchio		15%

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.

C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), 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 il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

D) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) 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. 14 - Determinazione dell'indennizzo di Invalidità permanente

Fermo quanto disposto dagli artt. 13 – Invalidità permanente - e 24 – Perizia contrattuale -, l'indennizzo viene determinato nel seguente modo:

- qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari od inferiore al 25%, l'indennizzo sarà calcolato sulla somma base indicata nel frontespizio di polizza.
A parziale deroga degli artt. 13 – Invalidità permanente - e 24 – Perizia contrattuale - non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se risulterà superiore al 10% ma non al 25%, l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente;
- qualora il grado di invalidità permanente residuo risulti superiore al 25%, ma non al 50%, l'indennizzo sarà calcolato sul doppio della somma assicurata base come indicato nel frontespizio di polizza;
- qualora, infine, il grado di invalidità permanente residuo risulti superiore al 50%, l'indennizzo sarà calcolato sul quadruplo della somma assicurata base come indicato nel frontespizio di polizza.

Nessuna franchigia viene applicata nel caso di invalidità di grado superiore al 25%.

Art. 15 - Indennità giornaliera per ricovero in caso di infortunio

La Società assicura una indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di infortunio, per una durata massima di 60 giorni, per uno o più eventi in uno stesso anno assicurativo, così determinata:

- per ricoveri fino a 7 giorni: 0,12 euro per ogni migliaia di euro di somma base assicurata per il caso di morte e di invalidità permanente da infortunio (escluso quindi qualsiasi multiplo);
- per ricoveri superiori a 7 giorni ma non a 15: 0,25 euro per ogni migliaia di euro come sopra precisato;
- per ricoveri superiori a 15 giorni e fino a 60: 0,50 euro per ogni migliaia di euro come sopra precisato.

Detta indennità non potrà essere superiore a euro 100,00.

Qualora la degenza non sia superiore a sette giorni continuativi, non vengono indennizzati i primi tre giorni; nessuna limitazione in caso contrario. Il giorno di entrata e di uscita sono considerati complessivamente come una sola giornata, qualunque sia l'ora di ingresso e di uscita.

Art. 16 - Indennità per ricovero da malattia

La Società assicura l'indennità giornaliera indicata nel frontespizio per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 150 giorni per uno o più eventi in uno stesso anno assicurativo, nel caso di ricovero per malattia. La Società assicura, inoltre, per ciascun evento ed entro il limite di dieci volte l'importo di indennità giornaliera stabilito in polizza, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in caso di ricovero che abbia dato luogo ad intervento chirurgico, relativamente:

- a) agli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche fuori dall'istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti** l'intervento stesso;
- b) il trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura.

Qualora il ricovero abbia una durata continuativa superiore a quindici giorni, a partire dal 16° giorno l'indennità si intende raddoppiata.

Restano in ogni caso esclusi dall'indennità i primi tre giorni di ciascun ricovero. Il giorno di entrata e di uscita sono considerati complessivamente come una sola giornata qualunque sia l'ora di ingresso e d'uscita.

Art. 17 - Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione.

Art. 18 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

Relativamente alle garanzie infortuni e indennità per ricovero da malattia:

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le invalidità permanenti conseguenti a malattia.
- c) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto dall'art. 19, punto 1) - Esclusioni - per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- e) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie, salvo quanto previsto alla lettera b).

In caso di ricovero o invalidità permanente da malattia verificatosi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.



Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 19 - Indennità per ricovero da malattia

Invalidità permanente da malattia - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le prestazioni relative a:

- 1) le conseguenze di malattie e gli stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- 2) 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;
- 3) i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) stati patologici correlati alla infezione da HIV, AIDS;
- 5) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi), cure dimagranti e dietetiche;
- 6) la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- 7) l'aborto non terapeutico;
- 8) le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 9) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124;
- 10) i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione "Istituto di cura";
- 11) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 12) guerre ed insurrezioni.

Art. 20 – Liquidazione dell’indennizzo per invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell’allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 “Testo unico dell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”, conosciute anche come “Tabelle INAIL”.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell’Assicurato. L’indennità per Invalidità Permanente da malattia viene riconosciuta nei seguenti casi:

- a) quando l’Assicurato non abbia superato l’età di 30 anni al momento del manifestarsi della malattia e l’invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 25% della totale;
- b) quando l’Assicurato sia di età superiore a 30 anni ma non a 42 e l’invalidità permanente risulti di grado superiore al 30% della totale;
- c) quando l’Assicurato sia di età superiore a 42 anni e l’invalidità permanente risulti di grado superiore al 35% della totale.

Nei casi di cui ai precedenti punti a), b) e c) qui sopra, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente

% accertata	% da liquidare	% accertata	% da liquidare
26	2	46	42
27	4	47	44
28	6	48	46
29	8	49	48
30	10	50	50
31	12	51	52
32	14	52	54
33	16	53	56
34	18	54	58
35	20	55	60
36	22	56	62
37	24	57	64
38	26	58	66
39	28	59	68
40	30	60	70
41	32	61	75
42	34	62	80
43	36	63	85
44	38	64	90
45	40	65	95
		66	100



SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 21 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato - Accertamento, liquidazione e pagamento

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 contenere:**

- **la descrizione dell'infortunio**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, oppure della malattia, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato, oppure la **certificazione medica** sulla natura dell'infermità.

Il decorso delle lesioni o della malattia deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione** o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell'assicurato**.

L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato**.

In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte**;
- **certificato di stato di famiglia** relativo all'assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;



- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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.

Accertamento, liquidazione e pagamento

In caso di infortunio, la percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infortunio**.

In caso di malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso**.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa. Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,
- l'importo offribile, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **gli eredi o aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione attestante tale stabilizzazione. Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.



Art. 22 - 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. 23 - 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 corso.

Art. 24 - Perizia contrattuale

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

Le eventuali controversie di natura 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.10 - Criteri di indennizzabilità - debbono 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.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 25 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 26 - 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 successivi, 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. 27 - Aggravamento del rischio

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. 28 - 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. 29 - Altre assicurazioni L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. 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. 30 - 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.

Nei confronti di ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 31 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 32 - Oneri fiscali

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

Art. 33 - Rinvio alle norme di legge

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

CONDIZIONI VALIDE SOLO PER LE ASSICURAZIONI CUMULATIVE

Art. 34 - 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. 35 - Limite di indennizzo per sinistri aeronautici

Fermo quanto disposto dall'art.3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - la somma dei capitali assicurati dalla presente e da altre assicurazioni infortuni comuni cumulative che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall' Assicurato o da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- per il caso morte:
1.000.000,00 euro per persona e 5.200.000,00 euro per aeromobile;
- per il caso di Invalidità permanente totale:
1.000.000,00 euro per persona e 5.200.000,00 euro per aeromobile;
- per il caso di Inabilità temporanea:
260,00 euro per persona e 5.000,00 euro per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative che includono il rischio volo, stipulate dalla stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.

Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.

Art. 36 - Recesso in caso di sinistro

L'art. 23 - Recesso in caso di sinistro - è totalmente sostituito dal seguente:
Dopo ogni sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell' indennizzo, la Società può recedere dall' assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell' imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

