

FASCICOLO INFORMATIVO

FAMIGLIA

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- ♦ **NOTA INFORMATIVA**
- ♦ **GLOSSARIO**
- ♦ **INFORMATIVA PRIVACY**
- ♦ **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa per i contratti di assicurazione danni "Rami Elementari" contro gli infortuni - Polizza Famiglia

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

Il contratto è concluso con la società Carige Assicurazioni S.p.A., appartenente al gruppo Banca Carige, avente sede legale in: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano Tel. 02.3076.1 – Telefax. 02.3086.125 – www.carigeassicurazioni.it. La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93), iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00031.

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto della Società, ammonta a 137,10 milioni di euro, il capitale sociale ammonta a 162,90 milioni di euro, le riserve patrimoniali ammontano a 48,00 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 1,64 e sta ad indicare il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile ed il margine di solvibilità richiesto.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

DURATA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

COPERTURA ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le garanzie assicurative offerte dal contratto, prevedono una copertura per il caso di Infortuni che abbia come conseguenza la Morte o una Invalidità Permanente, o che comporti la necessità di un ricovero secondo quanto previsto dall'Art. 13 – Oggetto dell'Assicurazione delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

Rischi esclusi

L'Art. 16 - Rischi esclusi delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, sancisce i casi di esclusione di copertura.

Franchigie e scoperti

Le coperture di polizza non prevedono franchigie e/o scoperti tali da comportare riduzioni di indennizzo.

Esempio di applicazione di franchigie e scoperti

Ad esempio: Invalidità Permanente: somma assicurata € 150.000,00 franchigia pari al 3% - I.P. accertata 5% - I.P. liquidata, pari a 2 punti percentuali; importo corrisposto € 3.000,00.

Limiti di età

Il limite massimo di età assicurabile, è sancito in anni 75 secondo quanto previsto dall'Art. 19 – Limiti di età delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- 1) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 cc.;
- 2) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- 3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio, secondo quanto previsto dall'Art. 5 - Aggravamento del rischio e Art. 6 - Diminuzione del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Esempio: Assicurato chiede la stipula del contratto come architetto senza accesso ai cantieri venendo successivamente adibito anche all'accesso ai cantieri.

PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva.

Per il pagamento del premio, possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale o trimestrale.

Il frazionamento semestrale comporta un aumento percentuale del **3%**, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento percentuale del **4%**.

A fronte della emissione di polizze poliennali, l'Impresa può applicare sconti di premio. L'Assicurato, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento Isvap n. 5, il premio utilizzando secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'Impresa o all'Impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'Impresa o all'Impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto per le polizze auto (nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio) e per le polizze non auto di premio annuo non superiore a settecentocinquanta euro.

ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dall'Art. 12 – Adeguamento automatico, della clausola di indicizzazione.

DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente ha la possibilità di recedere dopo ogni sinistro indennizzabile ai termini di polizza entro i termini previsti dall'Art. 7 – Facoltà di recesso in caso di sinistro delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto dal primo comma, 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 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità.

LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art.180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente, sono pari al 2,5% del premio imponibile.

INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Agenzia oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 28 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici.

MEDIAZIONE CIVILE

Si rammenta che il D.lgs 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

A partire dal 20 marzo 2011, pertanto, per determinate materie, tra cui i contratti assicurativi, l'esperimento del procedimento di mediazione è divenuto condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Si rinvia al decreto sopraindicato, oltreché al decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, in caso di:

- mancata osservanza, da parte della Compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi,
- liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie),

gli assicurati e/o i danneggiati - sia persone fisiche - e le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori possono presentare reclamo, per iscritto, inoltrato anche a mezzo fax o tramite e-mail, a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - fax 02/45402417 - e-mail reclami@carigeassicurazioni.it

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamante, per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo;
- identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato;

- breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.

Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante **entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo** in Società.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà presentare reclamo all'ISVAP, inoltrato in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'ISVAP, effettuata la necessaria istruttoria, dà notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Si ricorda che:

- In relazione alle **controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria**, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
- In caso di **liti transfrontaliere**, è possibile presentare reclamo **direttamente al sistema estero competente**, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/internalmarket/fin services retail/indexen.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, **oppure all'ISVAP**, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

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

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato
(Sig. Diego Fumagalli)



GLOSSARIO

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato:

la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Contraente:

la persona fisica che stipula il contratto di assicurazione.

Familiari:

i componenti il nucleo familiare risultanti dallo "stato di famiglia" del Contraente al momento del sinistro.

Franchigia:

l'importo prestabilito (espresso in percentuale) che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce alcun indennizzo.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o un ricovero in Istituto di cura.

Invalidità permanente:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parti di esse.

Istituto di cura:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Premio:

la somma dovuta alla Società.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Ricovero:

la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:

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

Società:

la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie:

sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consorzi propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

- #### b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:
- rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:

è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 - 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, 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 ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dall'Art. 1910 C.C.

Art. 3 - 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 il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

I premi devono essere pagati presso l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure presso la sede della Società.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente 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 C.C.

Art. 6 - 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 del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro indennizzabile ai termini di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Art. 8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 10 - ONERI FISCALI

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

Art. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

Valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza

Art. 12 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I massimali/capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 5%, la variazione stessa viene arrotondata al 5%.

Qualora invece la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora infine in conseguenza delle variazioni dell'indice i massimali/capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà dell'Assicurato rinunciare all'adeguamento della polizza ed i massimali/capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui l'Assicurato si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non consumato.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie, nonché di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità. Inoltre, ove la combinazione assicurata lo preveda, la Società corrisponde all'Assicurato una indennità giornaliera in caso di ricovero da infortunio in Istituto di cura.

Art. 14 - RISCHI COMPRESI

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;

Art. 15 - RISCHI COMPRESI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 C.C. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 16 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida di:
 - veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - macchine agricole ed operatrici;
 - natanti a motore per uso non privato;
 - qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- dall'uso anche come passeggero, di velivoli o di mezzi subacquei, salvo quanto previsto dall'Art. 17 - Rischio volo;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'Art. 22 - Rischio di guerra all'estero, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

sono altresì escluse:

- le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime che:
 - la copertura assicurativa decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 29 - Controversie - Arbitrato irrituale -. Qualora per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza alcuna soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:
 - dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
 - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 17 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei - turistici o trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

- a) per persona:
 - Euro 1.032.914,00 per il caso Morte;
 - Euro 1.032.914,00 per il caso Invalidità Permanente;
- b) complessivamente per aeromobile:
 - Euro 5.164.569,00 per il caso Morte;
 - Euro 5.164.569,00 per il caso Invalidità Permanente;

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 18 - RIPARTIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate sono ripartite tra i familiari con il limite del 50% per persona ed escludendo le persone non assicurabili in base all'Art. 19 - Limiti di età e di indennizzo -, come indicato nel mod. 51020.

In caso di mancata indicazione si intende valida la ripartizione in parti uguali.

Art. 19 - LIMITI DI ETÀ E DI INDENNIZZO

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio. Per le persone di età inferiore ai 6 anni, la somma assicurata per il caso morte è ridotta alla metà.

Art. 20 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni. Salvo patto speciale, l'assicurazione è invece sospesa durante il servizio di leva dell'Assicurato o il servizio sostitutivo dello stesso, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; l'assicurazione riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Art. 21 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 22 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art. 23 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 26 - Invalidità Permanente -, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - MORTE

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente. La Società liquida ai figli minorenni dell'Assicurato che risultino beneficiari dell'assicurazione, l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del 100%, e fino ad un massimo di aumento di Euro 103.292,00, qualora il medesimo infortunio indennizzabile ai termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato fermi i limiti previsti dall'Art. 17 - Rischio volo.

Art. 25 - MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Art. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo di seguito un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

In caso di Invalidità Permanente conseguente ad infortunio che l'Assicurato subisca:

- durante la guida di veicoli in genere azionati da motore, fermo restando le esclusioni previste dall'Art. 16 - Rischi esclusi;
 - durante l'uso, quale passeggero, di ogni normale mezzo di trasporto (esclusi i mezzi subacquei ed aerei);
 - in qualità di pedone e/o ciclista in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere;
- la Società riconoscerà all'Assicurato una supervalutazione pari al 50% dei postumi residui eccedenti il 50% di Invalidità Permanente, fermo restando il limite massimo indennizzabile del 100%.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio		5
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale		
b) per amputazione al terzo superiore	85	75
	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50

Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 27 - INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La denuncia del ricovero corredata da certificato medico deve essere inviata alla Società entro 5 giorni dal ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società dell'originale dei documenti giustificativi, e se richiesta, di copia della cartella clinica con l'indicazione della natura e dell'esito dell'infortunio nonché del giorno di uscita dall'Istituto di cura.

Art. 28 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

La denuncia dell'Infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 29 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della 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 da 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.

Art. 30 - SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini di polizza superiore al 5% (cinqueper cento) e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di Euro 1.033,00, su presentazione di regolare documentazione.

Art. 31 - 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 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.