

# Fascicolo Informativo

## CARIGE FULL OPTIONAL

Contratto di Assicurazione contro gli infortuni.



---

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

## NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI “RAMI ELEMENTARI” - CARIGE FULL OPTIONAL

(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'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

### A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

#### 1. INFORMAZIONI GENERALI

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

Società appartenente al Gruppo Assicurativo Banca Carige, iscritto con il n. 044 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso L'IVASS ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Carige Vita Nuova S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Italia – Viale Certosa, 222 – 20156 Milano tel. 02.3076.1 – telefax 02.3086125 - sito: [www.carigeassicurazioni.it](http://www.carigeassicurazioni.it) – indirizzo di posta: [info@carigeassicurazioni.it](mailto:info@carigeassicurazioni.it) – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [carigeassicurazioni@postecert.it](mailto:carigeassicurazioni@postecert.it). Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031 Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

#### 2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2013, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad € 63,2 milioni, di cui Capitale Sociale € 122,9\* milioni e Riserve Patrimoniali € 38,5 milioni. L'indice di solvibilità è pari a 0,49 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

\*alla data del 10 marzo 2014, il Capitale Sociale Sottoscritto e Versato risulta € 171,4 milioni.

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

#### Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. ([disdette.carigeassicurazioni@postecert.it](mailto:disdette.carigeassicurazioni@postecert.it)) 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.

#### 3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La copertura offerta dal contratto prevede una copertura infortuni che abbia come conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente o che renda necessario il ricovero in Istituto di cura o l'applicazione di un apparecchio gessato, secondo quanto previsto dagli Artt. 13, 24, 26, 28 e 29 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

La società garantisce inoltre servizi di assistenza e prestazioni descritti nelle Norme che regolano la garanzia Assistenza (Artt. compresi tra il 33 e il 36).

#### Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le “Esclusioni” di polizza espressamente indicate nelle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni e nelle Norme che regolano la garanzia Assistenza (Artt. 17 e 35) determinano i casi di inoperatività della copertura.

#### Avvertenza - Limitazioni di copertura – Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall'applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dagli Artt. 27, 28, 29, 32, 33 e 34.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo già minorato, le percentuali di cui all'Art. 26 – Invalidità Permanente, sono diminuite tenendo conto delle pre-esistenze.

Esempi di applicazione di franchigie, scoperti e sottolimiti di risarcimento

Spese di rimpatrio a seguito di infortunio: € 1.500,00 – limite di indennizzo € 1.033,00 – Indennizzo pari ad € 1.033,00;

Somma assicurata per Invalidità Permanente: € 100.000,00 - Nel caso di sordità completa di un orecchio: riconoscimento di una percentuale di invalidità Permanente pari al 15%; Indennizzo pari a € 15.000,00.

#### Avvertenza - Limiti di età

Il contratto non può essere stipulato con persone che abbiano raggiunto l'età di anni 75, e cesserà alla prima scadenza successiva al compimento di tale età, secondo quanto previsto dall'Art. 20 – Limiti di età e di indennizzo, previsto dalle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

# CARIGE FULL OPTIONAL

## 4. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

**Avvertenza** - 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 – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

**Avvertenza** - 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 c.c.;
- 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.

come indicato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano il contratto di Assicurazione in generale.

## 5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

**Esempio:** Copertura inizialmente stipulata per gli infortuni derivanti dalla circolazione di una autovettura ad uso privato che viene successivamente sostituita con un autocarro.

## 6. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 3 – Pagamento del premio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Per il pagamento del premio, possono essere concordate forme di frazionamento semestrali.

Tale frazionamento comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%.

Il contratto può essere stipulato con durata poliennale; in tal caso sono previsti specifici sconti predisposti a fronte di tale poliennalità, con le seguenti modalità:

- 3 anni – sconto 3%;
- 5 anni – sconto 5%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, 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 nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

**Avvertenza** - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base di specifiche valutazioni o iniziative di carattere commerciale.

## 7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dalla clausola di indicizzazione prevista dall'Art. 12 – Adeguamento automatico della Clausola di indicizzazione, valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza.

## 8. DIRITTO DI RECESSO

**Avvertenza** - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 7 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

*In caso di polizza poliennale, è prevista la facoltà per il Contraente di recedere, a partire dal termine del quinto anno, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.*

In caso di polizza annuale, è peraltro prevista la facoltà per il Contraente di disdettare il contratto nei termini previsti dall'Art. 8 – Proroga dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

**Avvertenza** - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, 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 30 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.

# CARIGE FULL OPTIONAL

## 9. 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, come meglio specificato dall'Art. 30 – Denuncia dell'infortunio ed oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

## 10. 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.

## 11. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono:

- per la garanzia Infortuni, pari al 2,50% del premio imponibile;
- per la garanzia Assistenza, pari al 10% del premio imponibile.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

**Avvertenza** - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso alla Agenzia oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

Le Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni disciplinano quali sono gli obblighi alla cui osservanza l'Assicurato deve attenersi in caso di sinistro (Art. 30), sanciscono i criteri relativi alla procedura da osservare per la valutazione del danno e determinano i criteri per la determinazione del danno (Artt. da 23 a 29).

**Avvertenza** - ai sensi dell'Art. 30 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, per quanto riguarda le garanzie relative ad Infortuni si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'infortunio).
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 30). La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato e deve essere corredata dalla documentazione di cui all'Art. 30.
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Artt. 31).
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

**Avvertenza** - in merito alla garanzia Assistenza, la gestione dei sinistri viene affidata all'impresa AGA Service Italia S.c.a.r.l. - sita in Via Ampère, 30 - 20131 Milano, e con sede legale in Piazzale Lodi, 3 – 20137 Milano (Art. 36).

### 13. 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 (ora IVASS) 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 che giuridiche - 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](mailto: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.**

## CARIGE FULL OPTIONAL

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'IVASS, 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'IVASS, effettuata la necessaria istruttoria, da notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

**Avvertenza** - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

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/finservicesretail/indexen.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, oppure all'IVASS, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

### 14. 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.

**Avvertenza** - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

### 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. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D.Lgs 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata [mediazionecarigedanni@pcert.postecert.it](mailto:mediazionecarigedanni@pcert.postecert.it) e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione non si applica, invece, alle controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

### RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

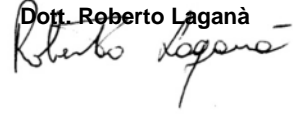
**Avvertenza** - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n.221, ha predisposto nella home page del sito internet [www.carigeassicurazioni.it](http://www.carigeassicurazioni.it) l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa. Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

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

## CARIGE FULL OPTIONAL

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.  
Amministratore Delegato  
Direttore Generale

Dott. Roberto Laganà  


# Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

**ASSICURATO:**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**ASSICURAZIONE:**

il contratto di assicurazione.

**BENEFICIARIO:**

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

**CONTRAENTE:**

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

**FAMILIARI:**

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

Per familiare s'intende anche la persona convivente *more uxorio*.

**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, che hanno come conseguenza la morte o un'inabilità permanente.

**INGESSATURA:**

mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

**INVALIDITÀ PERMANENTE:**

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

**ISTITUTO DI CURA:**

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o diabetici.

**IVASS:**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

**POLIZZA:**

il documento che prova l'assicurazione.

**PREMIO:**

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

**RICOVERO:**

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

**RISCHIO:**

la probabilità che si verifichi il sinistro.

**SINISTRO:**

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

**SOCIETÀ:**

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A..

# CARIGE FULL OPTIONAL

## RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:

### **CENTRALE OPERATIVA:**

la Società Carige Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione del Contraente le garanzie di Assistenza di seguito indicate, gestite in termini operativi da AGA Service Italia S.c.a.r.l. – sita in Via Ampère, 30 - 20131 Milano e con sede legale in Piazzale Lodi, 3 – 20137 Milano - costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

### **PRESTAZIONI:**

sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.



# Informativa privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

**“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 IVASS, 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 al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell’informativa stessa.

## CARIGE FULL OPTIONAL

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

# Condizioni di assicurazione

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- 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.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 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 dell'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 all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla 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 polizza poliennale, è prevista la facoltà per il Contraente di recedere, a partire dal termine del quinto anno, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, 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 30 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, fax o P.E.C. (disdette.carigeassicurazioni@postecert.it) spediti 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.

# CARIGE FULL OPTIONAL

## Art. 10 – ONERI FISCALI

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

## Art. 11 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

## CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

Valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza

## Art. 12 – ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I 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 la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente 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 goduto.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

### Art. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata, presta la garanzia a favore dell'Assicurato e dei suoi familiari nel caso subiscano un infortunio:

- durante la guida di velocipedi, ciclomotori, motocicli, autovetture ad uso privato, campers, natanti a motore adibiti alla navigazione da diporto; la garanzia vale anche mentre il guidatore attende - in caso di fermata del mezzo - alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- durante l'uso, come passeggero, di qualsiasi normale mezzo di locomozione e di trasporto sia pubblico che privato, fatta eccezione per i mezzi subacquei ed aerei salvo, per questi ultimi, quanto previsto dall'Art. 18 - Rischio volo;
- nella sua qualità di pedone in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere.

L'assicurazione si intende inoltre estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari mentre salgono o scendono dai mezzi di cui alle lettere a) e b).

### Art. 14 – VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione relativa alla guida di mezzi di locomozione di cui alla lettera a) dell'Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione, è valida in quanto l'Assicurato e/o i suoi familiari siano abilitati e la circolazione avvenga a norma delle disposizioni di legge.

### Art. 15 – RISCHI COMPRESI

Sono compresi nell'assicurazione:

- gli infortuni sofferti in conseguenza di malore od in stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcoolici o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni riportate in conseguenza dell'inspirazione di gas o vapori;
- l'annegamento a seguito di incidente occorso con il mezzo di locomozione;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione del fulmine;
- gli infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe;

# CARIGE FULL OPTIONAL

- le lesioni muscolari determinate da distorsioni o da sforzi in genere;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

## Art. 16 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e/o dei suoi familiari, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato e/o i suoi familiari non vi abbiano preso parte attiva.

## Art. 17 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione dal nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni o provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- gli infortuni sofferti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- le ernie di qualsiasi tipo e quindi anche quelle discali, da qualunque causa determinate nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

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

## Art. 18 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato e/o i suoi familiari subiscano 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 limite 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 riferiti ad eventuali altri Assicurati 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 e/o i suoi familiari salgono a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne sono discesi.

## Art. 19 – RIPARTIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate relative alle garanzie Morte e Invalidità Permanente sono ripartite sulla base di quanto dichiarato sul frontespizio di polizza, escludendo le persone non assicurabili in base all'Art. 20 - Limiti di età e di indennizzo, con una delle seguenti modalità:

- 50% all'Assicurato e 50% agli altri familiari in parti uguali;
- oppure
- in parti uguali.

Qualora dallo stato di famiglia risultasse un unico componente, identificabile nella persona dell'Assicurato, la somma assicurata sarà interamente prevista per lo stesso, senza applicazione dei criteri di cui sopra.

La somma assicurata relativa alla garanzia Indennità da ricovero e Indennità per ingessatura è relativa a ciascuna persona facente parte del nucleo familiare assicurato.

## Art. 20 – 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.

## Art. 21 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## CARIGE FULL OPTIONAL

### 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 e/o i suoi familiari ne risultino sorpresi mentre si trovano 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, le persone assicurate non sono fisicamente integre e sane, 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 di 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 delle persone assicurate 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 e/o i suoi familiari muoiono, gli eredi 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.

### 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 e/o dei suoi familiari, se entro un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato e/o dei suoi familiari 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.

#### ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ

DESCRIZIONE	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	

## CARIGE FULL OPTIONAL

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
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-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85 80	75 70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
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 sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	



## CARIGE FULL OPTIONAL

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
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 delle persone assicurate. 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.

**Nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 66% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata.**

### Art. 27 – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Non si farà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

### Art. 28 – INDENNITÀ DA RICOVERO

La Società in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato e/o ai suoi familiari 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 3 giorni dal ricovero stesso, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

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. 29 – INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato e/o ai suoi familiari una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per l'indennità da ricovero anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino e non è cumulabile con l'indennità da ricovero di cui all'Art. 27 - Indennità da ricovero.

### Art. 30 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno 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.



## CARIGE FULL OPTIONAL

### Art. 31 – 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. 32 – SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini di polizza superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio delle persone assicurate infortunate 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.

## NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA

(tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile ai termini di polizza)

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l. - sita in Via Ampère, 30 - 20131 Milano e con sede legale in Piazzale Lodi, 3 - 20137 Milano - costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

### Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

### Art. 33 – PRESTAZIONI

#### 1) Guardia Medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale, la Guardia Medica di Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite la Guardia Medica di Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### 2) Invio di un'ambulanza a domicilio

Quando, a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale, l'Assicurato necessita di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare un'autoambulanza al domicilio dell'assicurato, tenendo a proprio carico i relativi costi, il sino ad una percorrenza massima di 100 chilometri a/r. Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

### 3) Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio dovuto ad incidente stradale avvenuto in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, e non sia già presente sul posto un familiare, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

Nel caso in cui il ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare giunto in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino al limite massimo di **Euro 500,00** per evento.

### 4) Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dalla Guardia Medica di Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- ambulanza;
- treno (se necessario in vagone letto);
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

### 5) Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale verificatosi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

### 6) Accompagnamento minori

Qualora, in viaggio, l'Assicurato accompagnato da figli minori di 15 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a seguito di ricovero in un centro ospedaliero dovuto ad infortunio a seguito di incidente stradale ed i figli restano senza l'assistenza di altre persone adulte, la Centrale Operativa metterà a disposizione dei minori, residenti in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di ritorno, per consentirgli di raggiungere la residenza in Italia, oppure metterà a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa.

## Art. 35 – TEMPORARY INABILITY CARE

**Le seguenti garanzie operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino in seguito all'avvenuto ricovero dell'Assicurato, causato da infortunio a seguito di incidente stradale, presso un pronto soccorso, day hospital od ospedale, qualora l'Assicurato riceva una prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni.**

La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio della Guardia Medica di Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte della Guardia Medica di Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

## CARIGE FULL OPTIONAL

### a) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica di Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese sino a un massimo di **Euro 350,00** per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

### b) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.

### c) Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

### d) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

### e) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, Centrale Operativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **Euro 170,00** ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

### f) Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

## Art. 35 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A - L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

B - Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

- 1) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- 2) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- 3) terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici e psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 6) fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 7) malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
- 8) gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- 9) patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- 10) suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- 11) le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;

## CARIGE FULL OPTIONAL

12) le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.

C - Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

D - Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

E - Ogni prestazione viene fornita fino a tre volte per ciascun tipo, entro il periodo di durata annuale della garanzia, salvo diversa indicazione all'interno della singola prestazione.

### Art. 36 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Linea Verde **800 893 407**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 266 09 239**
- Fax **+39 02 / 7063 0091**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

**AGA Service Italia S.c.a.r.l.**

**Piazzale Lodi, 3**

**20137 MILANO (MI)**

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- 1) farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- 2) comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.