

CIRCOLAZIONE RELAX

Contratto di Assicurazione contro gli infortuni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizione 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” CIRCOLAZIONE RELAX

(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

Amissima Assicurazioni S.p.A.

Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: www.amissimagruppo.it – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: amissima@pec.amissima.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 2016, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 281,1 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 e Riserve Patrimoniali Euro 61,9 milioni. L'indice di solvibilità è pari al 110,66% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale (sessanta giorni nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio), 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 presistenze.

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.

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. PREMIO

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, può essere concordata una forma di frazionamento semestrale.

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 poliennialità, 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 della Società o alla Società 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 della Società o alla Società 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 – Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza – E' 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. RIVALSA

È il diritto dell'assicuratore di rivalersi nei confronti del responsabile dell'evento dannoso, una volta liquidato il danno ai termini di polizza come previsto dall'Art. 1916 c.c..

Avvertenza - La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'Art. 1916 c.c. verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

8. 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.

9. 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 annuale**, emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

Avvertenza - Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.. In caso di recesso per sinistro 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.

Per sinistro:

- a) **nel caso in cui il Contraente/Assicurato "è un consumatore"**:
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, fax o P.E.C.;
- b) **nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore"**:
In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C. del Contraente. Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

Avvertenza - In caso di recesso per sinistro 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. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

10. 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.

11. 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.

12. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono:

- per la garanzia Infortuni, pari al 2,5% del premio imponibile;
- per la garanzia Assistenza, pari al 10% del premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenza - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso alla Agenzia oppure alla Società, anche mediante l'indirizzo di posta elettronica certificata serviziosinistri@pec.amissima.it, 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 EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

14. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Informazioni sulla procedura reclami ex. art. 10 Regolamento Isvap n. 24/2008

Secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 24/2008 e successive integrazioni, in tutti i casi in cui l'utente - ad esempio Contraente, Assicurato, beneficiario o danneggiato, Associazione dei Consumatori - si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà in prima battuta sporgere formale reclamo per iscritto alla Compagnia assicuratrice, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano

- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: reclami@amissima.it

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami relativi ai comportamenti degli Agenti (sez. A del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori
Amissima Assicurazioni S.p.A. gestirà i reclami presentati con riferimento ai comportamenti degli agenti di cui si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e collaboratori, fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Il suddetto termine è sospeso per un massimo di 15 giorni al fine di procedere alle integrazioni istruttorie nei confronti dell'agente interessato.

Reclami relativi ai comportamenti degli intermediari quali Banche, Intermediari Finanziari, (sez. D del Registro Unico Intermediari), Broker (sez. B del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori.

Il reclamo relativo al comportamento degli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché quello relativo ai comportamenti dei loro dipendenti e collaboratori, dovrà essere inviato esclusivamente allo stesso intermediario, il quale provvederà ad emettere il relativo riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

Al fine di proporre il reclamo si dovrà utilizzare il modulo presente sul sito www.ivass.it.

Qualora il reclamo presenti problematiche inerenti ad Amissima Assicurazioni S.p.A., oltre che agli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché ai loro dipendenti e collaboratori, verrà autonomamente riscontrato da entrambi entro il termine massimo di 45 giorni.

Il reclamante che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, avrà la facoltà di ricorrere:

- all'Ivass (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.206,
 - via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'Art. 4 del Regolamento Isvap n. 24/2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b. i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'Art. 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'Art. 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

- all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.
- alla conciliazione paritetica, di cui [il consumatore](#) può avvalersi in presenza dei seguenti requisiti:
 - [non ha già incaricato altri soggetti a rappresentarlo](#);
 - richiesta di [risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti](#) all'Impresa non superiore a 15.000,00 euro;
 - assenza di risposta da parte dell'Impresa;
 - diniego al risarcimento;
 - offerta accettata solamente a titolo di acconto.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema.

Qualora il reclamante intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla Mediazione; il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'Art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, **l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).**

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2442.

Il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

15. 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 – E' 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, oltretutto 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 mediazione@pec.amissima.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 è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di 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.Amissimaassicurazioni.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.

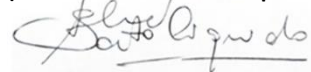
Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

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

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

(dott. Alessandro Santoliquido)



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.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per se o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

CONVALESCENZA:

il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.

DAY HOSPITAL:

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

DIFETTO FISICO O MALFORMAZIONE:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

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 espresso in cifra fissa, percentuale o giorni 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 oppure un'inabilità temporanea.

INGESSATURA:

ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

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 di 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.

POST-RICOVERO:

il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

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:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

SOMMA ASSICURATA:

somma indicata nella scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di indennizzo in caso di sinistro.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:

(per tutto quanto non espressamente richiamato nella presente sezione si rimanda alle definizioni di cui al glossario generale).

ABITAZIONE:

fabbricato o porzione di fabbricato adibito ad esclusivo uso abitativo, residenza anagrafica dell'Assicurato situato nel territorio comunale.

EVENTO:

l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

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”), AMISSIMA 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 stipule 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 normative 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 da AMISSIMA 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 comunitarie, 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., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; 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.

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 AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo AMISSIMA ASSICURAZIONI, 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 AMISSIMA 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

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

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/o 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..

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra comporta la possibilità, da parte della Società, di non corrispondere l'indennizzo previsto. Se la polizza è stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se diverso dal Contraente.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Il premio è sempre determinato per periodi assicurativi di un anno, salvo contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche in caso di frazionamento.

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 successive, 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, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

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 – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 7 – FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti di durata annuale (con tacito rinnovo)

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

Per contratti di durata poliennale con riduzione del premio (sconto per poliennalità di durata massima 5 anni)

Le Parti, nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

Per sinistro**a) nel caso in cui il Contraente/Assicurato “è un consumatore”:**

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, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato “non è un consumatore”:

dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell’indennizzo, la Società può recedere dall’assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro 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.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell’infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 8 – PROROGA DELL’ASSICURAZIONE

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l’assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni

Art. 9 – FORO COMPETENTE

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

Qualora il Contraente e/o l’Assicurato sia qualificabile come “consumatore” ai sensi del Codice del Consumo (art. 3 D. Lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all’interpretazione, applicazione o esecuzione della polizza sarà sottoposta all’esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

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 alle 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 **2%**, la variazione stessa viene arrotondata al **2%**.

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.

ASSICURAZIONE INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

COSA ASSICURIAMO

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:

- a) durante la guida di velocipedi, ciclomotori, motocicli, autovetture ad uso privato, camper, 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;
- b) 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;
- c) 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;
- 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 di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti - con apposita abilitazione -, tranne che:

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

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 1.100.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- b) Complessivamente per aeromobile:
- Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 5.500.000,00 per il caso di 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 – LIMITE 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.

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 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.

QUALI GARANZIE SONO PREVISTE

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 di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall’Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell’Assicurato, laddove il corpo dell’Assicurato e/o dei suoi familiari non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Il pagamento del capitale avverrà alla condizione che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la Dichiarazione di morte presunta, ai sensi degli Artt. 60 e 62 c.c..

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell’intera somma liquidata.

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	
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	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	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

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
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	
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 **70%** della totale, l'indennizzo corrisponde al **100%** della somma assicurata.

Art. 27 – FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE

In base all'opzione indicata in polizza, la liquidazione del danno I.P. verrà effettuata sulla base delle seguenti modalità:

F1 - FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- **3%** sulla somma assicurata;

Pertanto l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	12
16	13
17	14
18	15
19	16
20	17
dal 21 al 69	la percentuale accertata
dal 70	100

Esempi di applicazione della tabella:

Somma assicurata dal cliente: Euro 100.000,00

grado di IP accertata: 6%

sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 3% della somma, quindi pari ad Euro 3.000,00.

Somma assicurata dal cliente: Euro 200.000,00

grado di IP accertata: 29%

sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 29% della somma, quindi pari ad Euro 58.000,00.

F2 - ABOLIZIONE FRANCHIGIA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SULLA SOMMA ASSICURATA FINO A EURO 100.000,00.

Si conviene che la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Nessuna franchigia sulla somma assicurata fino a **Euro 100.000,00**;
- **3%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 100.000,00**.

Pertanto l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata da 0 ad Euro 100.000,00	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre Euro 100.000,00
1	1	0
2	2	0
3	3	0
4	4	1
5	5	2
6	6	3
7	7	4
8	8	5
9	9	6
10	10	7
11	11	8
12	12	9
13	13	10
14	14	11
15	15	12
16	16	13
17	17	14
18	18	15
19	19	16
20	20	17
dal 21 al 69	la percentuale accertata	
dal 70	100	

Esempi di applicazione della tabella:

Somma assicurata dal cliente: Euro 100.000,00

grado di IP accertata: 6%

sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 6% della somma, quindi pari ad Euro 6.000,00.

Somma assicurata dal cliente: Euro 200.000,00

grado di IP accertata: 6%

Sulla somma assicurata fino a Euro 100.000,00 l'indennizzo è pari al 6% della somma, quindi pari ad Euro 6.000,00.

Sulla somma assicurata eccedente Euro 100.000,00 e fino a Euro 200.000,00 l'indennizzo è pari al 3% della somma, quindi pari ad Euro 3.000,00.

L'indennizzo totale è quindi pari ad Euro 9.000,00.

Art. 28 – INDENNITÀ DA RICOVERO

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio, corrisponde all'Assicurato e/o ai suoi familiari l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di **365 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. 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.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- ricovero dell'Assicurato per trapianto di organi a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 29 – INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento. Tale indennità non è cumulabile con quella per indennità da Ricovero laddove vi sia stato ricovero.

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.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;

Bendaggi amicati;

Docce/valve gessate;

Bendaggio Desault;

Minerve (in cuoio);

Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);

Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";

Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;

Bendaggi elastici adesivi;

Protesi in genere (app. di posizione – es. Plantari);

Collari Shantz, Camp, simili;

Ginocchiere DonJoy;

Presidi di contenimento delle fratture nasali;

Stecche di Zimmer.

In caso di frattura ossea o lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata ma che non renda necessaria alcuna ingessatura, come da definizione di polizza, la Società provvede ad indennizzare una somma pari al **50%** di quella prevista per Indennità da Ricovero indicata in polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato, ma con un limite massimo di **30 giorni** per sinistro e per anno assicurativo.

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, utilizzando anche l'indirizzo PEC serviziosinistri@pec.amissima.it, 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.

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 infortuniate con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.100,00**, 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 Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestatati dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

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. CONSULENZA SANITARIA

a) *Informazione ed orientamento medico telefonico*

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici. Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Struttura Organizzativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

b) *Consulenza sanitaria di Alta specializzazione*

Qualora, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, suscettibile di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Struttura Organizzativa mette a disposizione il suo servizio di assistenza medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza 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 Struttura Organizzativa 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.

2. CONSULENZA TELEFONICA MEDICO SPECIALISTICA

Quando l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica con uno specialista in: Dermatologia; Cardiologia; Dietologia; Geriatria; Ginecologia; Ortopedia; Pediatria, a Sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni. La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

3. CONSULENZA PER ASSISTENZA SANITARIA

Quando l'Assicurato necessita di un ricovero ospedaliero in una struttura pubblica in Italia, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, la Struttura Organizzativa è disponibile ad erogare telefonicamente informazioni e consigli utili per il disbrigo delle pratiche amministrative necessarie. Analogamente, la consulenza telefonica potrà essere fornita quando è necessario un ricovero all'Estero per patologie non curabili nelle strutture sanitarie nazionali, in modo da poter consentire il disbrigo delle pratiche presso le A.S.L. di competenza, comprese le eventuali richieste di rimborso ove previsto.

4. ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE

Validità territoriale: Italia

Tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, vengono organizzate visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, la Struttura Organizzativa provvede a ricordare telefonicamente all'Assicurato, dietro sua richiesta, l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Il costo relativo alla prenotazione e organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre rimangono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

5. TRASPORTO AL CENTRO MEDICO

Validità territoriale: Italia

Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con il Servizio di assistenza medica l'Assicurato necessita di un trasporto ad un centro medico, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati al più vicino ospedale per le cure del caso, prendendo in carico le spese nel limite di 100 Km a/r.

6. FAMILIARE ACCANTO

In caso di ricovero dell'Assicurato in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, superiore a 4 giorni, od in caso di suo decesso, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

In alternativa il parente potrà richiedere che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per la quale non sopporterà alcuna spesa entro il limite del costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Struttura Organizzativa.

Nel caso il ricovero sia superiore a 7 giorni la Struttura Organizzativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare giunto in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento nel limite di **Euro 500,00**.

7. RIENTRO SANITARIO

Validità territoriale: Italia

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio in Italia, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, accertate dal Servizio di assistenza medica in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato vicino al proprio domicilio o al domicilio stesso; oppure se l'Assicurato in seguito a dimissione ospedaliera, deve essere trasportato al proprio domicilio; la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- ambulanza
- treno se necessario vagone letto
- aereo di linea con eventuale barella
- aereo sanitario
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. La Struttura Organizzativa ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

8. RIMPATRIO SANITARIO

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, accertate dal Servizio di assistenza medica ed in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che il Servizio di assistenza medica giudica più idoneo.

Il trasporto può avvenire solo se organizzato dal Servizio di assistenza medica che prende in considerazione, tenendo presente le esigenze di ordine medico, la scelta del mezzo di trasporto più idoneo:

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

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

La Struttura Organizzativa ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

9. TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, avvenuto al di fuori del Comune di residenza, la Struttura Organizzativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluso 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.

Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, l'Impresa vi provvede a proprie spese.

10. RIENTRO DEI FIGLI MINORI

Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato

Qualora, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, l'Assicurato venga ricoverato in un Istituto di cura, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore dei figli minori di anni 15 che erano in viaggio con l'Assicurato stesso, mettendo a disposizione di un parente residente in Italia un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

Art. 34 - TEMPORARY INABILITY CARE

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio dovuto a incidente stradale, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 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 del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa 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 del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser 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.

1. DISPONIBILITÀ DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica della Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa.

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

2. INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **Euro 170,00** ogni 7 giorni di prognosi.

3. ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

4. DISBRIGO PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

5. DISBRIGO FACCEDE DOMESTICHE

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Struttura Organizzativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi.

Ogni servizio dovrà durare minimo 3 ore consecutive.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa 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.

6. RICOVERO AUTO

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art. 35 - DELIMITAZIONI E PRECISAZIONI (RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI)

AVVERTENZA

a) Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- espianto/trapianto di organi.

b) Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

- **la Struttura Organizzativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;**
- **la Struttura Organizzativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;**
- **nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione. In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;**
- **la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;**
- **il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro;**

- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Struttura Organizzativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'Art. 2952 c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

La Struttura Organizzativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Struttura Organizzativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

Art. 36 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Struttura organizzativa tramite:

- Linea Verde **800370166**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 58286723**
- Fax **+39 02 / 58477201**

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 Struttura organizzativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura organizzativa 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.