

FAMIGLIA

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” FAMIGLIA

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

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'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, fax o P.E.C. (disdette@pec.amissima.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

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

Avvertenza – Esclusioni di copertura

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

Avvertenza – Limitazioni di copertura – franchigie e scoperti di polizza

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

Avvertenza - Limiti di età

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

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

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 E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

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

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

6. PREMI

Il premio va pagato per intero alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 2 – Pagamento del premio, delle Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale. Per il pagamento del premio, possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale o trimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%.

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) per mezzo di sistemi di pagamento elettronici laddove il beneficiario è l'Intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'Impresa o all'Impresa medesima.
- d) 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 Euro 750,00 (settecentocinquanta).

Avvertenza – E' facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- 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, come indicato all'Art. 31 – Rinuncia al diritto di surrogazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

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

9. DIRITTO DI RECESSO

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 del sinistro 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

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. (3 giorni da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza), può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 28 - Denuncia dell'infortunio e 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 pari al 2,5% 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 alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici secondo quanto previsto dall'Art. 28 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

Avvertenza - ai sensi dell' Art. 28 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione 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, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 28). 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. 28;
- **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 (Art. 29);
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

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 - 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, 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.amissimagruppo.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.

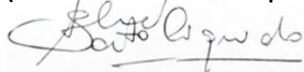
Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

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

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURATO:

la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE:

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

FAMILIARI:

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

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 l'indennizzo.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

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

INVALIDITÀ PERMANENTE:

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

ISTITUTO DI CURA:

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

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 comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

SOMMA ASSICURATA:

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

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, 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). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

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 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., 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 alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, 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 il 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 generali di assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'

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 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 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 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 successivi 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. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) 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, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

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.;

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..

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 del sinistro 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 (tacito rinnovo)

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 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 **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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

COSA ASSICURIAMO

Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 14 - RISCHI COMPRESI

Sono considerati infortuni anche:

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

Art. 15 - RISCHI COMPRESI

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

Art. 16 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla guida di:
 - veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - macchine agricole ed operatrici;
 - natanti a motore per uso non privato;
 - qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - dall'uso anche come passeggero, di velivoli o di mezzi subacquei, salvo quanto previsto dall'Art. 17 - Rischio volo;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'Art. 22 - Rischio di guerra all'estero, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;
 - da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- sono altresì escluse:
- le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime che:
 - la copertura assicurativa decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 29 - Controversie - Arbitrato irrituale -. Qualora per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza alcuna soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:
 - dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
 - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

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

Art. 17 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o 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 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 1.100.000,00** per il caso Morte;
 - Euro 1.100.000,00** per il caso Invalidità Permanente;
- b) complessivamente per aeromobile:
 - Euro 5.500.000,00** per il caso Morte;
 - Euro 5.500.000,00** per il caso Invalidità Permanente;

In detta limitazione per aeromobile, rientrano anche le somme assicurate che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, individuali e/o cumulative, stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

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

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

Art. 18 - RIPARTIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

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

Art. 19 - LIMITI DI ETÀ

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

Art. 20 - SERVIZIO MILITARE

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

Art. 21 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 22 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

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

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

Art. 23 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

QUALI GARANZIE SONO PREVISTE

Art. 24 - MORTE

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

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

Art. 25 - MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, laddove il corpo dell'Assicurato 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.

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

- durante la guida di veicoli in genere azionati da motore, fermo restando le esclusioni previste dall'Art. 16 - Rischi esclusi;
- durante l'uso, quale passeggero, di ogni normale mezzo di trasporto (esclusi i mezzi subacquei ed aerei);
- in qualità di pedone e/o ciclista in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere;

la Società riconoscerà all'Assicurato una supervalutazione pari al **50%** dei postumi residuati eccedenti il **50%** di Invalidità Permanente, fermo restando il limite massimo indennizzabile del **100%**.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

DESCRIZIONE	Percentuali (%)	
	DESTRO	SINISTRO
PERDITA TOTALE		
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

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

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali

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

Art. 27 - INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 365 giorni per ogni singolo caso di ricovero.

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

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

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

Art. 28 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

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

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

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

Art. 29 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 30 - SPESE DI RIMPATRIO

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

Art. 31 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.