

CUMULATIVA INFORTUNI

Contratto di assicurazione cumulativa infortuni



Dati intermediario		
G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)	VIA CUCCA 6	25124 BRESCIA (BS)

Estremi del contratto							
203944629	75	CUMULATIVA INFORTUNI					
Polizza	Ramo	Prodotto		Polizza sostituita			
11/02/2025	ore 24:00 del 28/02/2025	ore 24 del 28/02/2026	28/02/2026	01 00 00	ANNUALE		
Data emissione	Decorrenza	Scadenza	Scadenza prima rata	Durata	Frazionamento		
CON TACITO RINNOVO		1	NO	NO	NO		
Caratteristiche contratto		Moduli allegati	Coassicurazione	Indice ISTAT	Vincolo	Deducibilità IVA	Rischio comune
Numero assicurati: 500							
Periodo per il quale è stato pagato il premio (salvo quanto disposto dall'Art. 1901, comma 2, Codice Civile) dal 28/02/2025 al 28/02/2026							
Regolazione premio: SI				Data prima regolazione: 28/02/2026			

Contraente	
CONSORZIO CORI & BANDE	97097780585
Nome e cognome/Denominazione sociale	Codice fiscale/Partita IVA
VIA NIBBY,11 - 00161 - ROMA (RM)	
Indirizzo/Sede Legale	

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO), Via Lanzo 29 - Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB), Viale Colleoni 21 Tel. 039 98.90.001 - Fax 039 98.90.694
-www.nobis.it PEC nobisassicurazioni@pec.it - Capitale Sociale € 37.890.907,00 i.v. - REA n. TO 1243609 - C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 - P.IVA IT 02230970960 Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 100115-Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

CUMULATIVA INFORTUNI



Contratto di assicurazione cumulativa infortuni

Dati del contratto

Contratto numero: **203944629** Contraente: **CONSORZIO CORI & BANDE** CF/P.IVA: **97097780585**

Come previsto dalle Linee Guida per i contratti "semplici e chiari", la tabella sotto riportata indica l'elenco delle garanzie disciplinate nel set informativo, obbligatorie o opzionabili. Tale elenco è puramente indicativo. Le garanzie effettivamente applicabili al presente contratto sono esclusivamente quelle valorizzate nel frontespizio della polizza.

Garanzie di Prodotto

Descrizione	Tipo Garanzia
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	obbligatorio
MORTE	opzionale
INABILITÀ TEMPORANEA	opzionale
DIARIA DA RICOVERO	opzionale
RIMBORSO SPESE MEDICHE	opzionale

Assicurato 1

CONSORZIO CORI & BANDE 97097780585
Nome e cognome/Denominazione sociale Codice fiscale/Partita IVA
VIA NIBBY, 11 - 00161 - ROMA(RM)
Indirizzo/Sede Legale
Attività non codificata
Attività
Vedasi Allegato Punto 1 Oggetto Dell'Assicurazione
Descrizione dell'attività non codificata

Garanzie operanti per assicurato 1

Descrizione	Capitale o Massimale
INVALIDITA' PERMANENTE - TIPO INFORTUNIO: INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI - ADOZIONE TABELLA INAIL: NO - ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO: NO	150.000,00
MORTE	150.000,00
DIARIA DA RICOVERO	50,00
RIMBORSO SPESE DI CURA	6.000,00

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO), Via Lanzo 29 - Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB), Viale Colleoni 21 Tel. 039 98.90.001 - Fax 039 98.90.694
-www.nobis.it PEC nobisassicurazioni@pec.it - Capitale Sociale € 37.890.907,00 i.v. - REA n. TO 1243609 - C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 - P.IVA IT 02230970960 Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 100115-Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

CUMULATIVA INFORTUNI

Contratto di assicurazione cumulativa infortuni



Dati del contratto

Contratto numero: **203944629** Contraente: **CONSORZIO CORI & BANDE** CF/P.IVA: **97097780585**

ALLEGATO PER DICHIARAZIONI CONTRATTUALI

Allegato n° 1

Con il presente allegato, che forma parte integrante della polizza, si prende atto che le condizioni dattiloscritte integrano e derogano il set del prodotto.

IL PRESENTE ALLEGATO FORMA PARTE INTEGRANTE DELLA POLIZZA CUI SI RIFERISCE

Nobis Compagnia di Assicurazione S.p.A.

L' Amministratore Delegato



Il Contraente
CONSORZIO CORI & BANDE
VIA NIBBY, 110-00131 ROMA

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO), Via Lanzo 29 - Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB), Viale Colleoni 21 Tel. 039 98.90.001 - Fax 039 98.90.694
-www.nobis.it PEC nobisassicurazioni@pec.it - Capitale Sociale € 37.890.907,00 i.v. - REA n. TO 1243609 - C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 - P.IVA IT 02230970960 Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 100115-Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

Dati del contratto

Polizza: **203944629** Prodotto: **INFORTUNI CUMULATIVA** Appendice numero: **1**
Intermediario: **G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)**

Le condizioni particolari dattiloscritte prevalgono sulle condizioni Mod. EAT 569- Ed. Gennaio 2020 del presente contratto di assicurazione in caso di discordanza.

Condizioni Dattiloscritte

Definizioni:

Contraente: Il Consorzio con il quale è stipulato il presente contratto.

Associazioni Assicurate: Le Associazioni facenti parte del Consorzio contraente.

Assicurati: Le persone fisiche iscritte alle Associazioni sopra citate (o iscritti).

1. Oggetto dell'assicurazione

A parziale deroga di quanto indicato nell'art.1 delle C.G.A. – Cosa Comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni- l'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscano nel corso di validità del presente contratto, durante l'organizzazione, la preparazione e lo svolgimento delle attività statutarie effettivamente organizzate e/o svolte nell'ambito della rispettiva Associazione di appartenenza. A titolo esemplificativo, ma non limitativo si dichiara che rientrano fra le attività assicurate quella musicale (canora, strumentale, didattica, di direzione, di composizione, svolta in occasione di prove, esecuzioni, concerti, rassegne, manifestazioni, cerimonie, esibizioni pubbliche e private), i viaggi di trasferta, le tournées e gite sociali.

Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti dagli Assicurati nel corso degli spostamenti e dei viaggi, anche individuali, intrapresi allo scopo di svolgere le attività sopraindicate.

2. Identificazione assicurati

Per l'identificazione degli Assicurati in caso di sinistro si farà riferimento alle scritture e/o libri di censimento e/o altri appositi registri, anche meccanografici o digitali, esistenti presso la sede del Consorzio contraente.

La Società ha diritto in qualunque momento di prendere visione delle suddette scritture ed il Contraente si obbliga ad esibirle in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento necessario in suo possesso, alle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 13 delle C.G.A. e fermo il disposto dell'art.5 – Persone non assicurabili Per il Settore Infortuni – il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali infermità preesistenti degli Assicurati.

4. Altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dall' art. 21 della C.G.A. , il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio.

5. Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

A parziale deroga dell'art. 11 delle C.G.A. si conviene che il periodo di mora del pagamento del premio successivo al primo o delle rate di premio successive alla prima, viene prorogato a 60 giorni. Si precisa che l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del sessantesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile .

La garanzia si intenderà efficace, per ogni Associazione assicurata, a partire dalle ore 24,00 del giorno in cui viene Inviato al Consorzio Contraente l'elenco dei nominativi da assicurare contestualmente al pagamento del premio tramite bonifico a patto che lo stesso sia dell'esatto importo e sia andato a buon fine.

Dati del contratto

Polizza: **203944629** Prodotto: **INFORTUNI CUMULATIVA** Appendice numero: **1**
Intermediario: **G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)**

6. Obblighi in caso di sinistro

A parziale deroga dell'art. 14 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato – i termini ivi indicati si intendono elevati da 3 a 10 giorni.

7. Proroga dell'assicurazione

A parziale modifica dell'art. 20 delle C.G.A. i termini disdetta si intendono elevati da 30 a 90 giorni prima della scadenza, fermo l'inoltro a mezzo raccomandata o tramite P.E.C.

8. Estensione calamità naturali

In deroga all' art. 4 lettera I, l'assicurazione vale anche per gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali. In tali circostanze, **nel caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società, non potrà comunque superare l'importo di € 1.000.000,00.**

9. Massimale catastrofale

A parziale deroga dell'art. 8 delle C.G.A. – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici – nel caso di sinistro che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto alla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 6.000.000,00.

10. Collegamento con Polizza Responsabilità Civile e Non cumulabilità degli indennizzi

La Società si riserva il diritto di dedurre l'importo dell'indennizzo liquidato a termini della presente polizza dall'eventuale somma dovuta a titolo di risarcimento che la Società stessa debba corrispondere ai sensi del contratto RCT stipulato con lo stesso Contraente, a causa di accertata responsabilità civile del soggetti che hanno determinato l'evento.

Premesso che la Contraente ha stipulato, per la medesima attività, copertura R.C.T.. si prende atto tra le parti che, qualora la Società intenda avvalersi della facoltà di disdetta per la scadenza, di cui all'art.20 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro - , si procederà contestualmente anche all'annullamento del suddetto Contratto R.C.T.

11. Somme e garanzie per Assicurato

MORTE : € 150.000,00

INVALIDITA' PERMANENTE: € 150.000

INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO PER INFORTUNI: € 50,00

RIMBORSO SPESE MEDICHE: € 6.000,00 con applicazione di una franchigia € 50,00 per singolo sinistro;

INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA: € 50,00

Per le persone che abbiamo superato l'80° anno di età, la copertura è prestata unicamente per le seguenti garanzie:

MORTE € 150.000

INVALIDITA' PERMANENTE € 150.000

Per tali Assicurati si conviene che non si corrisponde alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 15% della totale; qualora essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale invalidità.

Dati del contratto

Polizza: **203944629** Prodotto: **INFORTUNI CUMULATIVA** Appendice numero: **1**
Intermediario: **G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)**

12. Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

A parziale deroga dell'art. 2 – Prestazioni assicurative per il Settore Infortuni- lettera E) delle C.G.A. , nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza, in caso di ricovero in Istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento. Il giorno di dimissioni non è indennizzabile.

13. Franchigie e Scoperti

- A parziale deroga dell'art. 2 lettera B) delle C.G.A. – Invalidità Permanente -, si conviene che qualora l'invalidità Permanente definitiva parziale sia di grado pari o superiore al 60% (sessanta per cento), l'indennizzo previsto sarà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato.
- Inoltre si precisa che qualora al momento dell'infortunio l'età dell'Assicurato risulti pari o superiore a 75 anni, ma inferiore a 80 anni, la franchigia sull'invalidità permanente viene elevata dal 3% al 5%.
- A parziale deroga dell'art. 2 lettera D) delle C.G.A. – Rimborso spese mediche da Infortunio -, l'indennizzo definitivo sarà liquidato previa applicazione di una franchigia fissa e assoluta pari ad € 50,00. Tale franchigia si intende raddoppiata per gli Assicurati di Età compresa fra i 75 e 80 anni.

14. ESCLUSIONI INFORTUNI

Ad integrazione delle esclusioni di polizza si prende atto che:

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

15. INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA:

GLOSSARIO:

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

➤ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia

In caso di malattia, escluso parto od aborto di qualsiasi natura, indennizzabile a termini di polizza, e se dipendenti da uno di questi casi, l'assicurazione vale per:

- a) Il ricovero;
- b) Il Day Hospital;
- c) Il Day Surgery

La Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 15 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

➤ Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa e limiti delle prestazioni

La garanzia decorre, fermo restando quanto disposto dall'Art. 19 delle C.G.A. – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione - per le malattie che siano l'espressione di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, non espressamente escluse dalla Società.

Dati del contratto

Polizza: **203944629** Prodotto: **INFORTUNI CUMULATIVA** Appendice numero: **1**
Intermediario: **G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)**

16. Obblighi in caso di sinistro

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento, su richiesta della Società, agli accertamenti e ai controlli medici necessari, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria, nonché consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

17. Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito della malattia dell'eventuale intervento, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza.

18. Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

19. Esclusioni Malattia

Sono esclusi dall'assicurazione Malattia:

- 1) le conseguenze dirette od indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti dall'Assicurato o che abbiano dato origine a cure od esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza.
- 2) le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- 3) le conseguenze o le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli esaurimenti nervosi, la depressione, gli stati d'ansia e i fenomeni comportamentali in genere;
- 4) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) gli accertamenti diagnostici, le terapie e le prestazioni in genere inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- 7) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- 8) le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 9) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché gli interventi preprotetici e implantologici;
- 10) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 11) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 12) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 13) i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla salute dell'Assicurato stesso;
- 14) i check-up di medicina preventiva;
- 15) tutti gli eventi, i sinistri, i costi e le spese causati da o conseguenti a:
 - infezione da Sars-CoV-2 (Covid-19), patologie correlate alla infezione da SARS-CoV-2, ogni sua variazione o mutazione futura.
 - terapie e/o trattamenti medici effettuati per la cura o la prevenzione del Covid-19

Dati del contratto

Polizza: **203944629** Prodotto: **INFORTUNI CUMULATIVA** Appendice numero: **1**

Intermediario: **G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)**

20. Estensione di garanzia

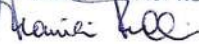
La Società prende atto che è facoltà del Consorzio contraente consorziane, e di conseguenza includere fra le associazioni Assicurate, le organizzazioni non musicali che operino nell'ambito di attività complementari, contigue o simili, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo: danza, ballo, balletto, majorettes, teatro di prosa e opera.

L'assicurazione per gli associati a tali organizzazioni si intende presta previa applicazione di una franchigia raddoppiata per l'inabilità Permanente e di una franchigia raddoppiata per il Rimborso delle spese mediche, rispetto ai termini di polizza.

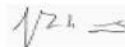
Il presente allegato fa parte integrante della polizza a cui si riferisce e dalla quale sono regolate tutte le altre



Il Contraente
CONSORZIO CORI & BANDE
VIA NIBBY, 110-00131 ROMA



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.





Contratto di assicurazione Infortunati

Ramo 75
Ed. Gennaio 2020

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set informativo - contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo, le Condizioni di assicurazione e il Glossario - deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo.

www.nobis.it


Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale - Via Lanzo 29 10071 Borgaro Torinese (TO)
Direzione Generale - Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB)

Capitale sociale € 37.890.907,00 i.v.
Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria,
del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (G.U. 03/11/1993 n. 258) - N° Registro Imprese di TO
e Codice Fiscale 01757980923- Partita IVA IT 02230970960 - Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Indice

Condizioni di assicurazione

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
 Che cosa è assicurato?	1
GARANZIE BASE	1
Settore Infortuni	1
Art. 1 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	1
Art. 2 – Prestazioni assicurative per il Settore Infortuni	1
GARANZIE OPZIONALI	3
Settore Infortuni	3
Art. 3 – Garanzie Aggiuntive per il Settore Infortuni	3
 Che cosa non è assicurato?	4
Settore Infortuni	4
Art. 4 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	4
Art. 5 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni	4
Art. 6 – Cosa non comprendono le Garanzie Aggiuntive per il Settore Infortuni	4
 Ci sono limiti di copertura?	4
Art. 7 – Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente	4
Art. 8 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici	4
Art. 9 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il Settore Infortuni	5
 Dove vale la copertura?	5
Art. 10 – Estensione territoriale	5
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	5
Art. 11 – Decorrenza della garanzia	5
Art. 12 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	5
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	5
Norme applicate in caso di sinistro	5
Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 14 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato	5
Art. 15 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale	5
Art. 16 – Criteri di indennizzabilità	6
Art. 17 – Rinuncia al diritto di surrogazione	6
Art. 18 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	6
COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA	6
 Quando e come devo pagare?	6
Art. 19 – Pagamento del premio	6
NORME CHE REGOLANO IL RECESSO	6
 Come posso disdire la polizza?	6
Art. 20 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
Art. 21 – Altre assicurazioni	7
Art. 22 – Modifiche dell'assicurazione	7
Art. 23 – Aggravamento del rischio	7
Art. 24 – Diminuzione del rischio	7
Art. 25 – Oneri fiscali	7
Art. 26 – Rinvio alle norme di Legge	7
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	7
NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	8

Glossario

Condizioni di assicurazione

Si precisa che le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono riportate in **grassetto**, nonché stampate su fondo pieno, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Le esclusioni riferite alla specifica fattispecie di una determinata garanzia vengono **in questo modo evidenziate e sottolineate** e sono da leggere con particolare attenzione.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE



Che cosa è assicurato?

GARANZIE BASE

Settore Infortuni

Art. 1 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

A) Rischio assicurato

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
 - di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- È considerato infortunio l'evento a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da indigestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore.

B) Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

C) Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi

di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di assicurazione pagato ma non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto ad ottenere la protrazione gratuita dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

D) Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **tranne quelli effettuati:**

- **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;**
- **da aerobus.**

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.

La garanzia di cui al presente Articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore a 365 giorni, cioè un anno.

Art. 2 – Prestazioni assicurative per il Settore Infortuni

A) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifici anche successivamente alla scadenza di polizza - entro 730 giorni, cioè due anni, dalla data dell'infortunio - la Società corrisponde la somma assicurata stabilita in polizza per la prestazione caso morte 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, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore e quello già pagato per invalidità permanente.

B) Invalidità permanente

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella invalidità permanenti allegata.
- c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- Nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Perdita anatomica o funzionale di:	
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un dito del piede diverso dall'alluce	1%
falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
dell'anca in posizione favorevole	35%
del ginocchio	25%
della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12 ^a dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
un orecchio	10%
ambidue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
un rene	15%
della milza senza compromissioni significative della crisi ematica	8%

Tabella invalidità permanenti		
Invalidità permanenti	Destro	Sinistro
Perdita, anatomica o funzionale di:		
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	

C) Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la società corrisponde la somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui L'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennità per inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

D) Rimborso spese mediche

La Società rimborsa all'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza sino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo per periodo assicurativo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (**queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata**);
- rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato;

- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza **ferma l'esclusione dei "tickets" per prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.** **Il rimborso è condizionato alla presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.**

E) Diaria da ricovero

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato la diaria da ricovero stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e **per la durata massima di 100 giorni per evento e per periodo di assicurazione.** Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero. **L'indennizzo per diaria da ricovero non è cumulabile con quello per inabilità temporanea.**

GARANZIE OPZIONALI

Estensioni di garanzia operanti se espressamente richiamate in Polizza e corrisposto il relativo premio ove previsto

Settore Infortuni

Art. 3 – Garanzie Aggiuntive per il Settore Infortuni

A) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, **la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.**

Trascorso tale termine e fintato che l'Assicurato non abbia ripreso l'attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al 75% di quelle indicate in polizza. In ogni caso, entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore alla predetta cessazione o sospensione, l'Assicurato ha facoltà di chiedere la sospensione dell'Assicurazione per un periodo massimo di 12 mesi.

B) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza, nonché per gli infortuni che avvengano durante il percorso dell'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

C) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità prevista all'Art. 2 lettera B si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 20 luglio 2000.

D) Mancinismo

Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 2 lettera B per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

E) Responsabilità Civile del Contraente

Qualora in conseguenza di un infortunio compreso nella garanzia assicurativa il Contraente, come civilmente responsabile secondo le leggi vigenti, debba all'Assicurato o ai suoi aventi diritto un risarcimento per danni corporali superiore all'indennità fondamentale prevista dalla polizza per infortunio, la Società si assumerà - in sostituzione di detta indennità - il risarcimento per responsabilità civile sino a concorrenza del doppio dell'ammontare dell'indennità medesima.

Il Contraente deve informare prontamente la Società delle pretese per responsabilità civile avanzate da un Assicurato o dai suoi aventi diritto in relazione a un infortunio contemplato dall'assicurazione, e trasmettere, al più tardi entro tre giorni dal ricevimento, tutti gli atti e documenti, domande e richieste, giudiziali e stragiudiziali, relativi all'infortunio stesso, come pure fornire tutti i chiarimenti utili a facilitare ogni ricerca.

La Società, a cui sono conferiti dal Contraente i più ampi poteri per la trattazione e liquidazione diretta del sinistro, assume e dirige la causa a nome del Contraente, nel caso di azione civile, per mezzo dei legali da essa scelti.

Nel caso di un procedimento penale, la Società si riserva la facoltà di assumere e dirigere la difesa dell'imputato.

Salvo che sia formalmente autorizzato dalla Società, il Contraente deve astenersi da qualsiasi riconoscimento anche parziale della propria responsabilità civile o dell'ammontare dei danni, come pure da qualsiasi transazione. **Alla presente garanzia non è applicabile la rinuncia al diritto di rivalsa previsto nelle condizioni generali di assicurazione.**

F) Estensioni dell'assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione è estesa, **limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea** (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie **decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea **fino ad un massimo di 30 giorni;**
- 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 alle condizioni generali di assicurazione. Qualora per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura - subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, **il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:**
 - dalla data di decorrenza dalla precedente copertura, per gli Assicurati, somme e prestazioni dalla stessa già previsti;
 - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da esse assicurate.

G) Morte presunta

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



Che cosa non è assicurato?

Settore Infortuni

Art. 4 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 1 lettera D - Rischio volo;
- e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;
- f) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, alluvioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) gli infarti, in ogni caso, e le ernie;
- o) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

I rischi di cui alla lettera b) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Art. 5 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni Generali di Assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 6 – Cosa non comprendono le Garanzie Aggiuntive per il Settore Infortuni

E) Responsabilità Civile del Contraente

La presente garanzia non è prestata:

- a) per la responsabilità civile derivante da impegni particolari assunti oltre la responsabilità civile legale;
- b) quando l'Assicurato sia lo stesso Contraente o, nel caso di società, un suo amministratore o un suo socio a responsabilità illimitata;
- c) quando l'Assicurato sia un prossimo congiunto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), delle persone indicate nel punto b).



Ci sono limiti di copertura?

Art. 7 – Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a euro 110.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale, se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 110.000,00 e fino a 220.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente 220.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale non si applicano le modalità suddette.

Art. 8 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di euro 800.000,00.

Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 9 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il Settore Infortuni

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Rimborso spese mediche (Art. 2, Lett. D)	-	20% della somma assicurata per terapie fisiche e medicinali
Ernia traumatiche o da sforzo (Art. 3, Lett F)	-	10% somma assicurata
Invalità permanente (Art. 7)	3% somma assicurata fino a 110.000 euro; 5% della somma assicurata per somma tra i 110.000 e i 220.000 euro; 10% della somma assicurata eccedente i 220.000 euro	-
Sinistri catastrofici (Art. 8)	-	Euro 800.000

Dove vale la copertura?

Art. 10 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzata limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 11 – Decorrenza della garanzia

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 come regolato nell'Art. 19, 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 ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

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

Art. 12 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Diversamente, se espressamente richiamato in polizza (durata senza tacito rinnovo), la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna

delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Norme applicate in caso di sinistro

Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte, rese anche all'interno del questionario sanitario, o le reticenze dell'Assicurato e/o 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 Art. 1892, 1893 e 19894 del Codice Civile.

Art. 14 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accadimenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 15 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione di indennizzabilità previsti dall'Art. 16 – Criteri di indennizzabilità delle Condizioni di assicurazione possono essere demandate per iscritto di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competenti per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei Medico.

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

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accadimento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Art. 16 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili 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. 2 lettera B - Invalidità permanente delle Condizioni di assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Art. 17 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 18 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla quantificazione, ovvero provvede a comunicare i motivi per i quali non ritiene di procedere alla liquidazione del danno.

Il pagamento non potrà avvenire nel caso in cui sia stata fatta opposizione e sia stata verificata la mancanza della titolarità dell'interesse assicurato.

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste nella sezione "Che cosa non è assicurato".

COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA



Quando e come devo pagare?

Art. 19 – Pagamento del premio

Come regolato nell'Art. 11, 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 ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

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

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale. Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi per il pagamento del premio:

- 1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;**
- 2. ordine di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati nel precedente punto 1;**
- 3. denaro contante, con il limite di importo massimo previsto dalle normative vigenti.**

NORME CHE REGOLANO IL RECESSO



Come posso disdire la polizza?

Art. 20 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Diversamente, se espressamente richiamato in polizza (durata senza tacito rinnovo), la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 21 – Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazione per il medesimo rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 22 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 23 – Aggravamento del rischio

L'Assicurato e/o il Contraente devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 24 – Diminuzione del rischio

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

Art. 25 – Oneri fiscali

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

Art. 26 – Rinvio alle norme di Legge

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni. In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO

Art. 1892 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 c.c. Assicurazioni in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 c.c. Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 c.c. Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 c.c. Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 c.c. Mancato pagamento del premio.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha il diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 c.c. Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 c.c. Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni di quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 c.c. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicurato che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa nei diritti dell'assicurato verso terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.
