

Contratto di assicurazione
contro gli INFORTUNI

Infortunati da Circolazione

Allianz 

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0008-265-O14-31102014

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- 1) Nota Informativa al Contraente comprensiva del Glossario;**
- 2) Condizioni di Assicurazione;**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Servizio Clienti



Nota Informativa

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 di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice

Allianz S.p.A., società controllata, tramite A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE- Monaco (Germania)

Sede legale

Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

800.68.68.68 - www.allianz.it - info@allianz.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 3.671 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.420 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 357,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2013.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.allianz.it.

b Informazioni sul contratto

Rinnovo del contratto

AVVERTENZA: il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto offre una serie di prestazioni contro il rischio Infortuni subiti a causa dell'uso di autovetture ad uso privato e/o uso promiscuo, camper, autocarri, motocarri, motocicli e ciclomotori.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 2.1 "Oggetto dell'assicurazione", 2.4 "Morte da infortunio", 2.5 "Invalidità permanente da infortunio", 2.8 "Indennità giornaliera" e 2.9 "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI.

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni, nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 1.1 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, 2.1 "Oggetto dell'assicurazione", 2.2 "Esclusioni" e 2.4 "Morte da infortunio" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI, 3.1 "Estensione territoriale" e 3.2 "Alienazione o demolizione del veicolo identificato nel contratto" presenti nella Sezione OPERATIVITA'.

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestante entro il limite delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli 2.5 "Invalidità permanente da infortunio", 2.6

Nota Informativa

"Accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio", 2.7 "Modalità di corresponsione dell'indennità per invalidità permanente da infortunio", 2.8 "Indennità giornaliera" e 2.9 "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

Franchigia presente in polizza 3% assorbibile

Capitale assicurato = 100.000 euro

Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 7%

Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)

Invalidità Permanente da Infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro = 4.000 euro.

4. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c.. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

5. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 1.3 "Modifiche dell'assicurazione", 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni", 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE e 2.3 "Persone non assicurabili" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI.

Esemplificazione:

Aggravamento

CAMBIO DEL VEICOLO ASSICURATO

La modifica del veicolo assicurato, con un veicolo di una tipologia che comporti maggior rischio (ad esempio da "Autoveicolo" a "Motociclo") comporta aggravamento di rischio.

Diminuzione

CAMBIO DEL VEICOLO ASSICURATO

La modifica del veicolo assicurato, con un veicolo di una tipologia che comporti minor rischio (ad esempio da "Motociclo" a "Autoveicolo") comporta diminuzione di rischio.

6. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa al verificarsi del sinistro.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale nella misura del:

3% per frazionamento semestrale;

4% per frazionamento quadrimestrale;

5% per frazionamento trimestrale;

5,6% per frazionamento mensile, esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit).

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

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. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Allianz S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi verranno comunicati ad Allianz S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

7. Adeguamento del Premio

Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT, come disciplinato nella Condizione Particolare I - "Indicizzazione".

Nota Informativa

8. Diritto di Disdetta e di Recesso

AVVERTENZA: nel contratto la regolamentazione del diritto di disdetta e di recesso varia a seconda della scelta effettuata dal Contraente/Assicurato in ordine alla durata del contratto stesso. Qui di seguito si riportano le differenti ipotesi di durata annuale o poliennale del contratto e, in riferimento a quest'ultima, la differente applicazione del diritto di recesso e la riduzione di premio.

CONTRATTO DI DURATA ANNUALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, nei termini e con le modalità disciplinate all'articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE (caso in cui NON sia stata applicata una riduzione di premio)

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto. **Al solo Assicurato** è riconosciuto il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità.

I termini e le modalità di esercizio di tali diritti sono disciplinate all'articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE (caso in cui sia stata applicata una riduzione di premio)

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto. Qualora l'assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, **al solo Assicurato**, a partire dalla fine del quinquennio, è riconosciuto il diritto di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

I termini e le modalità di esercizio di tali diritti sono disciplinati all'articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

Diritto di recesso per sinistro

AVVERTENZA: le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro, come di seguito precisato. Qualora il Contraente rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'articolo 3 del Dlgs 6 Settembre 2005, n. 206, ha la facoltà di recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato. I termini e le modalità di esercizio di tale facoltà sono disciplinati all'articolo 1.5 "Recesso in caso di sinistro" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

9. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

11. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni.

Si precisa inoltre che è ammessa l'eventuale **detraibilità fiscale** del premio (comprensivo di imposte) **ai sensi della normativa vigente**, con le modalità e per le **seguenti prestazioni**:

Garanzia Morte da infortunio, si detrae il 100% del premio Totale annuo;

Garanzia Invalidità permanente da infortunio

a) con franchigia inferiore al 5%, si detrae il 94% del premio Totale annuo;

b) senza franchigia, si detrae il 40% del premio Totale annuo.

Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri – pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 4.1 "Obblighi" e 4.3 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

13. Reclami

Nota Informativa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e-mail: info@allianz.it**.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al Contraente/Assicurato stesso.

14. Arbitrato

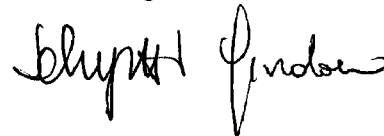
In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz S.p.A.

Lorella Sdrigotti Roberto Giordano



GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Indennizzo / Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Si precisa che le Condizioni di assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dal Contraente/Assicurato, si precisa però che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione delle discipline ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dal Contraente/Assicurato e concordate con l'intermediario di riferimento.

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

GARANZIE BASE

GARANZIE AGGIUNTIVE

3. OPERATIVITA'

4. IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(presente in polizza in caso di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di 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, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(presente in polizza solo in caso di frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (Sepa Direct Debit) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.

Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.

Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.

In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.

L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.

In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva.

In questa ipotesi il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

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

(presente in polizza in caso di durata < 2 anni e frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(presente in polizza in caso di durata < 2 anni e frazionamento mensile con SDD (Sepa Direct Debit))

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se NON è stata applicata una riduzione al premio di tariffa)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza

Condizioni di assicurazione

indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente. Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al premio di tariffa)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Il presente contratto beneficia della riduzione di Premio per poliennalità di cui all'articolo "Riduzione di premio per durata poliennale". Pertanto, qualora l'Assicurazione abbia durata inferiore o uguale ai cinque anni, all'Assicurato non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

Qualora, invece, l'Assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, il solo Assicurato può recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

(presente in polizza in caso di pagamento annuale o frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.

In tutti i casi verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad valersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

(presente in polizza in caso di frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.

Il recesso avrà effetto alla scadenza della prima rata di Premio successiva al termine dei 30 giorni di preavviso di cui alla suddetta comunicazione di recesso.

L'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito di tale rata - e di quelle successive - sul rapporto di conto corrente, mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 1.6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.7 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione

Condizioni di assicurazione

del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al premio di tariffa)

Art. 1.10 – Riduzione di premio per durata poliennale

Il presente contratto ha durata poliennale ed il relativo Premio, annualmente dovuto dall'Assicurato, è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata in Scheda di Polizza, rispetto al Premio dovuto per questo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale.

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale, in base alla tipologia di copertura indicata nella Scheda di Polizza, per gli infortuni che il conducente subisca a causa dell'uso del veicolo dal momento in cui vi sale al momento in cui ne discende, nonché mentre attende, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

L'Assicurazione è valida in quanto:

- si tratti di autovettura ad uso privato o ad uso promiscuo, di camper ad uso privato, di autocarro, di motocarro, motociclo o ciclomotore;
- l'autovettura, il camper, l'autocarro, il motocarro, il motociclo o il ciclomotore sia guidato da persona abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- non si trovi sul veicolo un numero di persone superiore a quello dei posti ammessi dalla carta di circolazione o, comunque, da disposizioni di legge vigenti.

La copertura è operante anche per gli infortuni subiti:

1. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
4. in conseguenza di insurrezioni o di stato di guerra internazionale o civile, dichiarata o non, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni" – punto 1.

La garanzia è estesa a seguito dell'uso del veicolo anche ai seguenti casi:

5. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
6. asfissia non di origine morbosa;
7. annegamento a seguito di un incidente occorso con il veicolo;
8. folgorazione, colpo di sole o di calore;
9. assideramento o congelamento;
10. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni" – punto 8.;
11. infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe e/o slavine.

Art. 2.2 - Esclusioni

Condizioni di assicurazione

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:

1. insurrezioni o stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" punto 4. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
2. terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
3. reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
4. uso del veicolo sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
5. ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
6. partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:

7. ernie di qualsiasi tipo;
8. rottura sottocutanea dei tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
9. infarto da qualsiasi causa determinato.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIE BASE

Art. 2.4 - Morte da infortunio

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda di Polizza.

Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.5 - Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio purché si manifesti - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio".

Art. 2.6 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità

Condizioni di assicurazione

di Invalidità permanente” e secondo i seguenti criteri:

- a) si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;
- b) in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- c) in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore Sinistro e viceversa;
- e) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;
- f) in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- g) in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;
- h) nei casi di Invalidità permanente non specificati nella “Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente”, l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall'Assicurato.

Art. 2.7 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia del 3% assorbibile

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% e inferiore all'11% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	4	5	6	7	8	9	10
% I.P. da liquidare	1	2	3	4	6	8	10

Per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra l'11% e il 40% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base al grado percentuale accertato.

Per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 40% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	≥60
% I.P. da liquidare	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100

Senza franchigia

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa corrisponde l'Indennità calcolandola sulla somma assicurata in base al grado percentuale di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.

Franchigia assoluta del 3%

(operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Condizioni di assicurazione

Art. 2.8 - Indennità giornaliera

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa corrisponde l'Indennità giornaliera in base ai criteri indicati in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Per ricovero, convalescenza e ingessatura

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Qualora il Ricovero sia superiore a tre giorni completi, l'Impresa corrisponde a titolo di convalescenza post Ricovero l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per lo stesso numero di giorni della degenza ospedaliera con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Qualora l'Infortunio renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, anche senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità pattuita a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera.

L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per ricovero con franchigia di 3 giorni

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, previa applicazione di una Franchigia di 3 giorni da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria, con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.9 - Rimborso spese mediche

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per:

accertamenti diagnostici

prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere)

trattamenti fisioterapici e rieducativi

in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Il rimborso è riconosciuto fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella Scheda di Polizza.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per il territorio degli stati europei.

Condizioni di assicurazione

Art. 3.2 - Alienazione o demolizione del veicolo identificato nel contratto

In caso di contratto stipulato su veicolo identificato, l'alienazione o la demolizione dello stesso comporta la cessazione delle garanzie e deve essere prontamente segnalata all'Impresa. Il Contraente potrà comunque rendere valido lo stesso contratto per i rischi connessi alla circolazione di un altro veicolo, se dello stesso tipo di quello descritto in Polizza, sottoscrivendo un'apposita appendice predisposta dall'Impresa.

Qualora il nuovo veicolo venga assicurato per la RCA con l'Impresa, le garanzie continuano ad operare regolarmente, anche senza la sottoscrizione della stessa appendice.

Art. 3.3 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 3.4 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente Assicurazione è stipulata in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato –, i suoi eredi legittimi o i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza devono dare immediato avviso all'Impresa.

Art. 4.2 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per

Condizioni di assicurazione

ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 4.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

I – Indicizzazione

Premesso che con l'espressione:

- "indice" si intende l'indice mensile nazionale dei "prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT;
- "indice di riferimento annuale" si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade l'annualità di Premio;

alla scadenza di ogni annualità di Premio, il Premio stesso, le somme-assicurate ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) previsti nella Scheda di Polizza vengono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti indicati nella Scheda di Polizza.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella A L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
Perdita totale, 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%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, 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%	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico-somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	