

PROTEZIONE INFORTUNI

L'ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI
DURANTE IL TUO LAVORO E TEMPO LIBERO.



 **Navale**
ASSICURAZIONI DAL 1914

PREMESSA

La presente **nota informativa** è predisposta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 nonché con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'

Le assicurazioni di cui alla presente Nota saranno assunte da Navale Assicurazioni S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 del R.D.L. del 29 aprile 1923, n. 966), e soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Assicurazioni S.p.A., con sede in: Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano - Italia

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO**1.1 Legge applicabile**

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. potranno convenire di assoggettare il contratto a una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Navale Assicurazioni S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

1.2 Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Unità Reclami

Via Farini, 17

00185 ROMA

Telefax 06 48904736

e-mail: reclami@navaleassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Navale Assicurazioni S.p.A..

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. concordino di applicare al contratto la legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta ed in tal caso l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Cliente stesso.

1.3 Proroga del contratto e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto di durata non inferiore a un anno, è prorogato per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

2. Informazioni relative alla Sezione Malattia del contratto Protezione Infortuni**2.1 Periodo di carenza contrattuale**

Il contratto prevede:

– per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre dal 90° giorno successivo a quello di effetto della polizza;

– per le garanzie: "Inabilità Temporanea" in qualsiasi forma prestata, "Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza" e "Indennità per immobilizzazione" una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

• dal 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;

• dal 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;

• dal 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;

• dal 300° giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

3. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La nota informativa non sostituisce le Condizioni di polizza consegnate al Cliente e che lo stesso è invitato a leggere con attenzione prima della sottoscrizione del contratto, richiedendo all'agenzia tutti i chiarimenti necessari.

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'USO DEI SUOI DATI E SUI SUOI DIRITTI

(Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(2) (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge(3). In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti(4); ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(5) e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(6). Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa(7).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione. Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Navale Assicurazioni S.p.A. (www.navale.it) con sede in Corso di Porta Vigentina 9 - 20122 Milano e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento potrà contattare il Responsabile per il riscontro agli interessati presso:

Navale Assicurazioni S.p.A.
Via Farini n. 17 - 00185 Roma
Tel. 06-47834001
Fax: 06-47834387
e-mail: privacy@navaleassicurazioni.it

Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito www.navale.it o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

NOTE

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistiche-tarifarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di diversi servizi (liquidazione sinistri nei rami danni, attività legale, antifrode, privacy, sistemi informativi, ecc.) condivisi per conto delle altre società del Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Nota informativa	1
Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e dei suoi diritti	2
Definizioni (comuni a tutte le sezioni)	4
Condizioni generali di assicurazione (comuni a tutte le sezioni)	6
Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni:	8
Allegato A - Classificazione delle attività professionali classificate:	14
Allegato B - Criteri di determinazione della classe di rischio	19
per le attività non codificate nell'allegato	
Sezione Assistenza - Norme che regolano l'assicurazione	20
Norme di legge richiamate in polizza	23

DEFINIZIONI (comuni a tutte le sezioni)

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato:	soggetto il cui interesse è protetto dall' <u>assicurazione</u> .
Assicurazione:	contratto di assicurazione.
Assistenza:	aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.
Atto di Terrorismo:	qualsiasi azione violenta commessa con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone, anche se realizzata da una singola persona, diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.
Beneficiario:	soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.
Centrale Operativa:	è la struttura attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla garanzia Assistenza.
Classe di rischio:	grado di pericolosità del rischio.
Contraente:	soggetto che stipula il contratto di assicurazione.
Convalescenza:	il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compreso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.
Day Hospital:	degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura documentata da cartella clinica.
Difetto fisico:	perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).
Documentazione sanitaria:	gli originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese notule e ricevute dei farmaci).
Franchigia:	la parte di danno espressa in importo fisso, in giorni o in percentuale che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Immobilizzazione:	stato temporaneo di incapacità fisica dell'Assicurato, totale o parziale, di svolgere le sue abituali occupazioni a seguito dell'applicazione di un mezzo di contenzione.
Inabilità temporanea	perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere le sue abituali occupazioni.
Indennizzo:	somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.
Invalidità permanente:	perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità permanente specifica:	perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.
Istituto di cura:	struttura sanitaria a gestione pubblica o gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungodegenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici, dietetici, fisioterapici, riabilitativi.
Lavoro manuale:	personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.
Malattie:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.

Polizza:	contratto che prova l'assicurazione, costituito dalla Scheda di polizza con i relativi Prospetti, e dal Libretto delle condizioni di polizza.
Premio:	somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Ricovero:	degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.
Rischio:	probabilità che si verifichi un sinistro
Scheda di Polizza:	<p>il documento riassuntivo delle coperture acquistate, che contiene anche:</p> <ul style="list-style-type: none">- i dati atti ad individuare il Contraente e l'oggetto dell'assicurazione- il premio netto totale annuo da corrispondere per ogni singola Sezione- il premio lordo complessivo da corrispondere per la polizza- le dichiarazioni del Contraente <p>È il documento che, insieme ai Prospetti, prova il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa e che, con il Libretto, gli Allegati ed eventuali appendici, forma parte integrante ed inscindibile del contratto.</p>
Sci alpinismo:	la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna – senza l'utilizzo degli impianti di risalita – caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.
Sci alpino:	la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.
Sci estremo:	la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.
Scoperto:	percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	l'Impresa Assicuratrice, Navale Assicurazioni S.p.A.
Sports aerei:	si intendono quelli effettuati con uso di velivoli a motore ed elicotteri, alianti e motoalianti, apparecchi VDS (Volo Diporto Sportivo) a motore, elicotteri VDS, alianti VDS, nonché apparecchi non considerati VDS quali: deltaplani e parapendio, eserciti da privati, in voli turistici e di trasferimento. È inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.
Sports motonautici:	si intendono quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; escluse comunque le gare di Offshore.
Sports motoristici:	si intendono quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o percorsi predisposti ad ospitare gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare Sprint e Grasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.
Sport professionistico:	quello svolto in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.
Terremoto:	movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (comuni a tutte le sezioni)

1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di polizza:

- Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- Art. 1.2 – Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie** Fermi i termini di aspettativa previsti dalle norme che regolano l'assicurazione Malattie, 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 il premio o le rate del premio successivo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo 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 Direzione della Società.
- Art. 1.3 – Frazionamento del premio** Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.
- Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione** Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.
- Art. 1.5 – Aggravamento del rischio (valido solo per la Sezione Infortuni)** Il Contraente o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.
- Art. 1.6 – Diminuzione del rischio (valido solo per la Sezione Infortuni)** Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.
- Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro (valido per contratti che non prevedono la Sezione Malattia)** Qualora il contratto sia di durata pari o inferiore a cinque anni e tra le prestazioni garantite non sia previsto il caso di inabilità temporanea, la Società rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro. Tale facoltà, invece, potrà essere esercitata dal Contraente.
Diversamente dal predetto caso, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso, qualora sia il Contraente ad esercitarne la facoltà, ha effetto dalla data di invio della relativa comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di invio della comunicazione.
La Società, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.
- Art. 1.7 bis – Recesso in caso di sinistro (valido per contratti che prevedono anche la Sezione Malattia)** Qualora il contratto sia di durata pari o inferiore a cinque anni e preveda anche garanzie relative alla Sezione Malattia, il recesso in caso di sinistro non potrà essere esercitato dalle Parti; tuttavia nel caso in cui il contratto sia di durata superiore a cinque anni, ciascuna delle Parti – entro un periodo pari a 24 mesi dalla data di effetto della polizza – avrà facoltà di recedere dall'assicurazione dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso. Nel caso in cui la presente polizza sia di durata superiore a cinque anni e ne sostituisca un'altra della stessa Società che preveda la rinuncia alla facoltà di recesso e nella quale risulti già superato il periodo di osservazione di 24 mesi, quest'ultimo, e la relativa facoltà di recesso, sono ripristinati integralmente per tutte le nuove persone assicurate con la presente polizza sostituita.
Inoltre se la presente polizza ne sostituisca un'altra della stessa Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione, quest'ultimo è ripristinato:
• integralmente per le nuove garanzie e/o per gli aumenti di somme garantite alle persone già precedentemente assicurate con la polizza sostituita;
• per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita per le persone, le garanzie e le somme garantite precedentemente assicurate con quest'ultima.
- Art. 1.8 – Altre assicurazioni** Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo, salvo in caso di morte dell'Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (comuni a tutte le sezioni)

In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;

- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o 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. 1.9 – Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.10 – Proroga del contratto e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto di durata non inferiore a un anno è prorogato per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Art. 1.11 – Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge, ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.12 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte mediante lettera raccomandata.

Art. 1.13 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.14 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.15 – Indicizzazione (Operante se nella Scheda è indicato l'indice di riferimento)

Il contratto è soggetto ad adeguamento automatico per indicizzazione secondo le seguenti norme. Le somme assicurate e il premio sono collegati al numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

- alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;

- alla scadenza di ciascuna annualità di premio si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) con l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in più o in meno, le somme assicurate ed il premio vengono aumentati o ridotti in proporzione;

- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad ogni scadenza annuale sarà in facoltà delle Parti di rinunciare all'aggiornamento della polizza, restando somme assicurate, massimali e premi quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato. Tale rinuncia dovrà essere comunicata almeno sessanta giorni prima della scadenza annua. In tal caso sarà facoltà dell'altra Parte di recedere dal contratto dalla medesima scadenza, con preavviso di trenta giorni.

In caso di eventuale ritardo o di interruzione nella pubblicazione degli indici, la Società proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il Contraente non accetti l'adeguamento, la Società - a sua scelta - ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo aggiornamento effettuato oppure di recedere dallo stesso con le modalità di cui sopra.

Non sono soggetti ad adeguamento i limiti espressi in giorni, le franchigie espresse in cifra assoluta o in giorni, i minimi ed i massimi di scoperto, i valori espressi in percentuale, nonché tutte le prestazioni della Sezione Assistenza.

Art. 1.16 – Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.17 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.i.d.s.), sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tali malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi, per l'Assicurato affetto da tali patologie.

Art. 1.18 – Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

2 - NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI INFORTUNI

Art. 2.1 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro sottoscritta dall'Assicurato o – in caso di impedimento per le conseguenze riportate – dai suoi aventi diritto, 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.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi legittimi e/o testamentari, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Relativamente alle garanzie infortuni sotto riportate valgono le seguenti disposizioni:

• Inabilità temporanea: l'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'inabilità temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

• Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza: la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del ricovero o del day hospital, deve essere presentata alla Società entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

• Indennità per immobilizzazione: la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'immobilizzazione, deve essere presentata alla Società entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

• Rimborso spese mediche da infortunio: il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato viene effettuato dietro presentazione degli originali delle notule, distinte e ricevute. Le stesse, se richieste, verranno restituite previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 2.2 – Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, previste dalla tabella A di cui all'art. 2.4 o dalla tabella INAIL dell'art. 2.5 - se resa operante -, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 – Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile ai termini di polizza e, in applicazione degli artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

In base agli elementi ed alle circostanze relative all'infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

• Il certificato di morte

• dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

• Il certificato di stato di famiglia (originario e attuale)

• Il certificato autoptico

• Il certificato di non gravidanza della coniuge superstite dell'Assicurato

• In presenza di indennizzi spettanti a figli minori, il decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione della quota di indennizzo a loro spettante, con espresso esonero da ogni responsabilità della Società relativamente al reimpiego della somma.

Art. 2.4 – Determinazione dell'invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri seguenti e le percentuali indicati nella Tabella A che segue.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale le percentuali indicate nella Tabella A vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella A, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'applicabilità di presidi correttivi.

Tabella A

Perdita totale, anatomica o funzionale di:			
• un arto superiore	70%	• dell'anca in posizione favorevole	35%
• una mano o un avambraccio	60%	• del ginocchio in estensione	25%
• un pollice	18%	• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• un indice	14%	• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
• un medio	8%		
• un anulare	8%	Paralisi completa del nervo:	
• un mignolo	12%	• radiale	35%
• una falange ungueale del pollice	9%	• ulnare	20%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	• sciatico popliteo esterno	15%
• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al disopra del terzo medio di gamba	50%	• una vertebra cervicale	12%
• un piede	40%	• una vertebra dorsale	5%
• ambedue i piedi	100%	• dodicesima dorsale	10%
• un alluce	5%	• una vertebra lombare	10%
• un altro dito del piede	1%	Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni dei movimenti del capo e del collo	2%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%		
Perdita totale, anatomica o funzionale di:			
• un occhio	25%	Esiti di frattura del:	
• ambedue gli occhi	100%	• menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
Perdita anatomica di:			
• un rene	15%	• menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	• sacro	3%
Stenosi nasale assoluta:			
• monolaterale	4%	• coccige con callo deforme	5%
• bilaterale	10%	Esiti di rottura sottocutanea	
Anchilosi:			
• della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	• del tendine di Achille	4%
• del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	• di un tendine del bicipite brachiale	5%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	• di qualsiasi altro tendine	2%
		Sordità completa di:	
		• un orecchio	10%
		• ambedue gli orecchi	40%
		Perdita della voce	30%

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 2.5 - Tabella INAIL (valida se richiamata in polizza)

La Tabella A correlata all'art. 2.4 per la determinazione dell'invaldit  permanente si intende sostituita dalla Tabella INAIL sotto indicata, di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

	Destro	Sinistro		Destro	Sinistro
Sordit� completa da un orecchio	15%		Anchilosi totale dell'articolazione		
Sordit� completa bilaterale	60%		del gomito con angolazione 110° - 75°		
Perdita Totale della facolt�			a) in semipronazione	30%	25%
visiva di un occhio	35%		b) in pronazione	35%	30%
Perdita anatomica o			c) in supinazione	45%	40%
atrofia del globo oculare senza			d) quando l'anchilosi sia tale da		
possibilit� di applicazione di protesi	40%		permettere i movimenti in		
Altre menomazioni della facolt� visiva	(vedasi successiva tabella)		pronosupinazione	25%	20%
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%		Anchilosi totale dell'articolazione		
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%		del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Perdita di molti denti in modo che risulti			Anchilosi totale dell'articolazione		
gravemente compromessa la funzione			del gomito in estensione completa o quasi		
masticatoria:			a) in semipronazione	40%	35%
a) con possibilit� di applicazione			b) in pronazione	45%	40%
di protesi efficace	11%		c) in supinazione	55%	50%
b) senza possibilit� di applicazione			d) quando l'anchilosi sia tale da		
di protesi efficace	30%		permettere i movimenti in		
Perdita di un rene con integrit�			pronosupinazione	35%	30%
del rene superstite	25%		Anchilosi completa dell'articolazione		
Perdita della milza senza alterazioni			radio - carpica in estensione rettilinea	18%	15%
della crasi ematica	15%		Se vi � contemporanea abolizione		
Per la perdita di un testicolo	(non si corrisponde indennit�)		dei movimenti di pronosupinazione		
Esiti di frattura della clavicola			a) in semipronazione	22%	18%
bene consolidata, senza limitazioni			b) in pronazione	25%	22%
dei movimenti del braccio	5%		c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione			Anchilosi completa coxo - femorale con		
scapolo - omerale con arto in posizione			arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
favorevole quando coesista immobilit�			Perdita totale di una coscia per		
della scapola	50%	40%	disarticolazione coxo - femorale o		
Anchilosi completa dell'articolazione			amputazione alta, che non renda possibile		
scapolo - omerale con arto			l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
in posizione favorevole con			Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
normale mobilit� della scapola	40%	30%	Perdita totale di una gamba o amputazione		
Perdita del braccio:			di essa al terzo superiore, quando non sia		
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%	75%	possibile l'applicazione di un apparecchio		
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%	articolato	65%	
Perdita del braccio al			Perdita di una gamba al terzo superiore		
terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%	quando sia possibile l'applicazione		
Perdita dell'avambraccio al terzo medio			di un apparecchio articolato	55%	
o perdita della mano	70%	60%	Perdita di una gamba al terzo inferiore		
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%	o di un piede	50%	
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35%	30%	Perdita dell'avampiede alla linea		
Perdita totale del pollice	28%	23%	tarso - metatarso	30%	
Perdita totale dell'indice	15%	13%	Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del medio	12%		Perdita totale del solo alluce	7%	
Perdita totale dell'anulare	8%		Per la perdita di ogni altro dito di un		
Perdita totale del mignolo	12%		piede non si fa luogo ad alcun indennizzo,		
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%	ma ove concorra perdita di pi� dita		
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%	per ogni dito perduto		3%
Perdita della falange ungueale del medio	5%		Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%		Anchilosi tibia - tarsica ad angolo retto	20%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%		Semplice accorciamento di un arto inferiore		
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%	che superi i tre centimetri e non oltrepassi		
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%		i cinque centimetri	11%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%		Esiti di rottura sottocutanea:		
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%		Del tendine di Achille	4%	
			Di un tendine del bicipite brachiale	5%	
			Di un qualsiasi altro tendine	2%	

Visus perduto	Visus perduto	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

<p>In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione. La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si</p>	<p>tratta di infortunio agricolo. In caso di afachia monolaterale: con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15% con visus corretto di 7/10 18% con visus corretto di 6/10 21% con visus corretto di 5/10 24% con visus corretto di 4/10 28% con visus corretto di 3/10 32% con visus corretto inferiore a 3/10 35%</p> <p>In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.</p>
--	---

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 2.6 – Invalidità permanente Criteri di indennizzo

L'indennità per invalidità permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella Navale sottoriportata, applicando alla somma assicurata per invalidità permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri dell'art. 2.4 Tabella A, o dell'art. 2.5 Tabella INAIL - se resa operante.

Tabella Navale

Grado di invalidità Permanente Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata						
	Fino a € 250.000,00	Oltre € 250.000,00 Fino a € 500.000,00	Oltre € 500.000,00	Grado di invalidità Permanente Accertato	Fino a € 250.000,00	Oltre € 250.000,00 Fino a € 500.000,00	Oltre € 500.000,00
1	0	0	0	51	83	83	83
2	0	0	0	52	86	86	86
3	0	0	0	53	89	89	89
4	2	0	0	54	92	92	92
5	2,5	0	0	55	95	95	95
6	3	0	0	56	98	98	98
7	4	0	0	57	101	101	101
8	6	1	0	58	104	104	104
9	8	3	0	59	107	107	107
10	10	5	0	60	110	110	110
11	11	6	1	61	113	113	113
12	12	7	2	62	116	116	116
13	13	8	3	63	119	119	119
14	14	9	4	64	122	122	122
15	15	10	5	65	125	125	125
16	16	11	6	66	128	128	128
17	17	12	7	67	131	131	131
18	18	13	8	68	134	134	134
19	19	14	9	69	137	137	137
20	20	15	10	70	140	140	140
21	22	17	12	71	143	143	143
22	24	19	14	72	146	146	146
23	26	21	16	73	149	149	149
24	28	23	18	74	152	152	152
25	30	25	20	75	155	155	155
26	32	28	24	76	225	225	225
27	34	31	28	77	225	225	225
28	36	34	32	78	225	225	225
29	38	37	36	79	225	225	225
30	40	40	40	80	225	225	225
31	42	42	42	81	225	225	225
32	44	44	44	82	225	225	225
33	46	46	46	83	225	225	225
34	48	48	48	84	225	225	225
35	50	50	50	85	225	225	225
36	52	52	52	86	225	225	225
37	54	54	54	87	225	225	225
38	56	56	56	88	225	225	225
39	58	58	58	89	225	225	225
40	60	60	60	90	225	225	225
41	62	62	62	91	225	225	225
42	64	64	64	92	225	225	225
43	66	66	66	93	225	225	225
44	68	68	68	94	225	225	225
45	70	70	70	95	225	225	225
46	72	72	72	96	225	225	225
47	74	74	74	97	225	225	225
48	76	76	76	98	225	225	225
49	78	78	78	99	225	225	225
50	80	80	80	100	225	225	225

Art. 2.7 – Altre prestazioni garantite – Criteri di indennizzo

Per la disciplina della liquidazione delle prestazioni che seguono, valgono le norme previste nelle singole Sezioni:

- inabilità temporanea da infortunio
- indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza a seguito di infortunio
- indennità per immobilizzazione da infortunio
- rimborso spese mediche da infortunio.

Art. 2.8 – Ernie traumatiche e da sforzo – Criteri di indennizzo

Per le ernie traumatiche determinate da infortunio e per quelle da sforzo, si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti operabile, secondo giudizio medico, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile – in ogni caso – in misura non superiore al 10% della totale;
- qualora l'ernia risulti – secondo giudizio medico – operabile e la stessa non abbia residuo una invalidità permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. La predetta indennità viene corrisposta indipendentemente dalla presenza di altra copertura per il caso di ricovero eventualmente prevista in polizza e, comunque, in aggiunta alla stessa.

Art. 2.9 – Anticipo indennizzi

A) Per invalidità permanente

Trascorsi centoventi giorni dalla data di accadimento dell'infortunio, l'Assicurato può richiedere, con idonea documentazione medico legale, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'infortunio;
- 2) sia prevedibile un grado di invalidità permanente superiore al 25%.

Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Società sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

B) Per inabilità temporanea e/o per indennità per ricovero

In caso di inabilità temporanea e/o indennità per ricovero che comporti una durata di almeno sessanta giorni senza soluzione di continuità e certificata da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a trenta giorni a titolo di anticipazione dell'indennizzo dovuto.

Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità pattuite; pertanto, nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto alle indennità, l'Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 2.10 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Per le garanzie di indennità 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 o della malattia.

Art. 2.11 – Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo per infortunio – fatta eccezione per il caso morte – è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dal sinistro e dopo che sia già stato possibile determinarne l'indennizzo o comunque sia stato offerto in misura determinata riguardante le garanzie invalidità permanente, inabilità temporanea in qualsiasi forma prestata, indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, indennità per immobilizzazione e rimborso spese mediche a seguito di infortunio, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.12 – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'art. 2.4 o dell'art. 2.5 (se reso operante), possono essere demandate – in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria Ordinaria –, con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo 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.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALLEGATO A - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

Per le garanzie previste dalla Sezione Infortuni – Forma di garanzia Tempo Libero e Lavoro – scelta persona la determinazione del premio è effettuata tenendo conto della classe di rischio nella quale rientra l'attività professionale dichiarata in polizza. In caso di infortunio che sia conseguenza di una attività professionale diversa da quella dichiarata, si applicano le disposizioni di cui all'art. 4.7 – Determinazione del premio e dell'indennizzo per il rischio professionale.

1a classe di rischio - Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Accompagnatore - accompagnatrice	Corista
Addetto autorimesse che non lavora manualmente	Costumista
Agente di assicurazione	Critico d'arte
Agente di borsa	Cronista
Agente di cambio	Croupier
Agente di commercio che non provvede alla consegna di prodotti	Custode
Agente di viaggio	Dentista
Agente immobiliare	Diplomatico
Agente marittimo	Direttore d'orchestra
Agronomo	Dirigente escluso accesso a ponteggi, impalcature
Albergatore senza lavoro manuale	Disegnatore
Ambasciatore	Disk jockey
Amministratore	Doganiera
Analista finanziario	Enologo
Animatore di villaggi turistici	Erborista
Annunciatrice	Esattore
Antiquario con sola attività di vendita	Estetista
Antropologo	Farmacista
Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Fattorino solo all'interno di uffici
Assistente geriatrico	Ferroviero addetto alla biglietteria o altra attività senza lavoro manuale
Assistente sociale	Fisioterapista
Attore	Fotografo
Ausiliario socio sanitario	Fotomodella
Avvocato	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Baby sitters	Gestore cinema, teatro
Badante	Giornalaio
Bambino in età prescolare	Giornalista
Barbiere	Governante
Benestante	Grafico
Bibliotecario	Guida turistica
Bigliettaio	Hostess di terra
Biologo	Impiegato con sola attività amministrativa
Botanico	Imprenditore con sola attività amministrativa e direttiva che può accedere a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi
Broker di assicurazione	Indossatore
Call center addetto	Infermiere
Callista	Ingegnere che non accede a cantieri
Cameriere	Insegnante di materie professionali senza prove di laboratorio
Cancelliere	Interprete
Cantante	Istruttore di scuola guida
Capostazione	Libraio
Cartolaio	Logopedista
Casalinga	Logoterapista
Cassiere	Magistrato
Centralinista	Manicure
Certificatore di bilancio	Massaggiatore
Commercialista	Medico
Commesso addetto alla vendita di generi non alimentari	Merciaia
Concessionario di veicoli	Metereologo
Console	Ministro del culto
Consulente del lavoro	Modella
Controllore	
Coreografo	

ALLEGATO A - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

Musicista	Psichiatra
Negoziante abbigliamento, confezioni, tessuti	Psicologo
Negoziante dischi, musica, strumenti musicali, audiovisivi	Pubblicista
Negoziante casalinghi	Pubblicitario
Negoziante ferramenta, colori, vernici	Quadro con sola attività amministrativa
Negoziante giocattoli, articoli sportivi	Questore
Negoziante profumerie	Rappresentante che non provvede alla consegna di prodotti
Notaio	Regista
Odontoiatra	Revisore dei conti
Operatore turistico	Ricamatrice
Ostetrica	Ricercatore Scientifico
Parcheggiatore	Sacerdote
Parroco	Sagrestano
Parrucchiere	Sarto
Pedicure	Sceneggiatore
Pensionato	Scrittore
Perito	Segretario nella pubblica amministrazione
Phone center addetto	Sindaco
Pittore solo a terra	Spedizioniere che accede agli ambienti di lavoro senza partecipazione manuale
Podologo	Stilista
Politico	Stiratrice
Portiere di stabili	Studente
Pranoterapista	Suora
Presentatore	Tabaccaio
Preside	Tirocinante presso le A.S.L.
Procacciatore d'affari	Traduttore
Procuratore legale	Truccatore
Professore universitario	Ufficiale Giudiziario
Programmatore	Usciere
Promoter	Vetrinista
Promotore Finanziario	Xilografo
Provveditore agli studi	Zincografo
Psicanalista	Zoologo

ALLEGATO A - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

2a classe di rischio - Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione	Droghiere
Addetto a servizi vari anche su pista, con lavoro manuale nell'aviazione civile	Elettrauto
Addetto alla lavorazione di bigiotteria	Enotecnico
Addetto alle pulizie	Facchino non operante nell'ambito portuale e/o doganale
Addetto autolavaggio	Fattorino anche all'esterno di uffici
Addetto pompe funebri	Fiorista
Addobbatore	Floricoltore
Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti	Fotoreporter
Albergatore con lavoro manuale	Fruttivendolo
Allevatore di animali diversi da bovini, equini, suini	Fuochista
Analista chimico compreso attività di sperimentazione in laboratori	Gelataio
Antiquario con restauro	Geologo
Apicoltore	Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Archeologo	Giardiniere
Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Gioielliere
Argentatore	Gommista
Armaio	Guantaio in lana o pelle (fabbricante)
Artista di strada	Imbianchino senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Attacchino	Impagliatore
Autotrasportatore di autocarri di portata sino a 35 q.li a pieno carico	Impiegato con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi
Bagnino	Imprenditore con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi
Ballerina/o	Incisore
Barcaiolo addetto al trasporto di persone	Ingegnere che accede a cantieri
Barista	Insegnante di materie professionali con prove di laboratorio
Benzinaio	Insegnante di ballo
Bidello	Insegnante di educazione fisica
Brunitore	Intarsiatore
Calzaturiere	Lattaio
Calzolaio	Lattoniere solo a terra
Cameraman	Lavandiere
Cantiniere	Levigatore di pavimenti
Cantoniere	Linotipista
Cardatore	Litografo
Casaro	Macellaio senza macellazione
Ceramista	Magazziniere
Cesellatore	Magliaia
Cestaio	Mobiliere addetto alla vendita
Chimico in laboratorio di analisi escluso il trattamento di materie esplodenti	Modellista in carta/cartone
Ciclista riparazione, vendita	Modista
Cineoperatore	Mugnaio
Cocchiere	Necroforo
Commesso addetto alla vendita di generi alimentari	Negoziante supermarket, minimarket, bazar
Commesso addetto al trasporto e consegna	Netturbino
Commesso viaggiatore	Nichelatore
Coniatore	Odontotecnico
Corniciaio	Orafo
Cromatore	Orefice
Cuoco	Orologiaio
Decoratore senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Ortopedico
Dirigente con accesso a ponteggi, impalcature	Oste
Domestica (Colf)	Ottico
Doratore	Panettiere

ALLEGATO A - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

Pastaio	Riparatore di elettrodomestici
Pasticcere	Riparatore di macchine per ufficio, computer
Pavimentatore	Ristoratore
Pellettiere	Rosticciere
Pellicciaio	Salumiere
Pescivendolo	Scultore solo a terra
Piastrellista	Smaltatore
Piazzista	Stagnino solo a terra
Pizzaio	Stradino
Pony express	Tappezziere
Portavalori	Tassista
Posatore di parquet	Tintore
Postino	Tipografo
Quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi	Toelettatura per animali
Radiotecnico senza installazione di antenne	Tranviere
Rappresentante che provvede anche alla consegna di prodotti	Valigiaio
Restauratore	Venditore ambulante
Rigattiere	Verniciatore
Rilegatore	Veterinario
	Vigile urbano
	Vulcanizzatore

3a classe di rischio - Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Abbattitore di piante	Guardia campestre
Addetto a funivie, seggiovie, ovoidie, cabinovie con manutenzione e riparazione	Guardia forestale
Addetto autorimesse con lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio	Guardia giurata senza trasporto di valori
Agente di custodia	Guardia notturna
Agricoltore	Idraulico
Allevatore di bovini, equini, suini	Imbianchino con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Antennista	Imprenditore con partecipazione al lavoro di pesante manualità con uso di macchine operatrici
Artiere	Lattoniere anche su impalcature e tetti
Ascensorista	Lavoratore forestale
Asfaltatore	Macellaio con macellazione
Autotrasportatore di autocarri di portata superiore a 35 q.li a pieno carico, autobus, macchine agricole e semoventi	Maniscalco
Barcaiolo addetto al trasporto di cose, compreso carico e scarico	Marmista
Carpentiere	Meccanico
Carroziere	Mobiliere addetto alla fabbricazione
Cartaio	Modellista in ferro e legno
Conciatore	Motorista
Decoratore con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Muratore
Demolitore	Operaio
Ebanista	Pastore
Elettricista	Pescatore su laghi e fiumi
Elettrotecnico	Pescatore su mari
Escavatorista	Pittore anche su impalcature e ponti
Fabbro	Potatore di alberi
Facchino operante nell'ambito portuale e/o doganale	Radiotecnico con installazione di antenne
Falegname	Saldatore
Ferroviero addetto allo smistamento merci	Scalpellino
Ferroviero macchinista	Scultore anche su impalcature e ponti
Ferroviero addetto alla manutenzione	Spedizioniere che effettua anche carico e scarico
Fresatore	Stagnino anche su impalcature
Gruista	Stalliere
	Tagliapietre senza accesso a cave
	Tornitore
	Vetraio
	Vigilantes senza trasporto di valori

ALLEGATO A - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

Attività assicurabili con patto speciale

Le persone che svolgono le attività sotto elencate non rientrano nelle precedenti classi di rischio e pertanto possono essere assicurate esclusivamente mediante patto speciale ed a condizioni determinate per ogni singolo caso:

Addestratori di animali	Guardia di finanza
Addetto a parchi di divertimento, giostraio	Guardia di finanza corpi speciali
Addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione	Guardia giurata con trasporto di valori
Addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di esplosivi e contaminanti	Guida alpina
Addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere	Istruttore sportivo
Addetto allo spurgo pozzi neri e manutenzione reti fognarie	Marina militare
Addetto cave	Marina militare corpi speciali
Addetto di giardini zoologici	Marinaio
Aeronautica (in servizio permanente effettivo)	Militare (in servizio permanente effettivo)
Aeronautica (in servizio permanente effettivo) corpi speciali	Militare (in servizio permanente effettivo) corpi speciali
Agente di Pubblica Sicurezza	Minatore
Agente di Pubblica Sicurezza corpi speciali	Palombaro
Allenatore sportivo	Personale che lavora in galleria
Atleta professionista	Personale di bordo di mezzi aerei
Calciatore professionista	Personale di circhi equestri ed artisti acrobati
Carabiniere	Pilota
Carabiniere corpi speciali	Pirotecnico
Cestista (giocatore di Basket)	Radiologo
Chimico in laboratorio di analisi compreso il trattamento di materie esplodenti	Skipper
Ciclista professionista	Sommozzatore
Collaudatore di veicoli in genere	Speleologo
Disinfestatore	Sportivo professionista
Fantino	Stuntman
Guardia del corpo	Tagliapietre compreso accesso a cave
	Tecnico di laboratorio
	Vigilantes con trasporto di valori
	Vigile del fuoco
	Vigile del fuoco corpi speciali

ALLEGATO B - CRITERI DI DETERMINAZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO PER LE ATTIVITA' PROFESSIONALI NON CODIFICATE NELL'ALLEGATO A

Qualora l'attività professionale dell'Assicurato non sia riportata nell'elenco delle classi di rischio di cui all'Allegato A, si farà riferimento per l'identificazione della classe di rischio cui l'attività professionale si riferisce e conseguentemente per la determinazione del premio, alle declaratorie sottoindicate.

1a CLASSE DI RISCHIO

Persone che non svolgono attività lucrative, che esercitano una professione prevalentemente sedentaria e che non implica la partecipazione a lavori manuali o lo svolgimento delle attività in ambienti ove sono in funzione macchine operatrici o macchine utensili in genere. Persone che esercitano una attività di prestazione di servizi. Persone che attendono alla sola vendita al dettaglio non di generi alimentari con esclusione di operazioni di carico e scarico merci. Persone che svolgono la loro attività all'esterno dell'azienda senza partecipazione al lavoro manuale. Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, senza però prendere parte al lavoro manuale. Sono escluse le attività professionali indicate nell'elenco "Attività assicurabili con patto speciale".

2a CLASSE DI RISCHIO

Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, cantieri, che prendono parte a lavori di leggera manualità. Persone che svolgono: attività di sperimentazione, attività artistiche o che insegnano materie sperimentali. Persone che attendono alla confezione, vendita o somministrazione di generi alimentari o al commercio ambulante. Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione a lavori di leggera manualità (non rientranti nelle successive classi). Persone che esercitano una professione senza partecipazione a lavoro manuale che implica l'accesso ad impalcature all'esterno di fabbricati, su tetti e costruzioni. Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione alla lavorazione e preparazione di generi alimentari. Sono escluse le attività professionali indicate nell'elenco "Attività assicurabili con patto speciale".

3a CLASSE DI RISCHIO

Persone che attendono alla posa di impianti per servizi, di elettrodomestici, alle riparazioni degli stessi all'interno di fabbricati. Persone che esplicano attività comportante lavori di pesante manualità, anche su impalcature all'esterno delle costruzioni, lavori con macchine operatrici, lavori in cantiere senza uso di esplosivi. Persone che praticano attività con uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica ed uso di sostanze corrosive. Sono escluse le attività professionali indicate nell'elenco "Attività assicurabili con patto speciale".

SEZIONE ASSISTENZA

3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Assistenza al domicilio – Garanzia classica

- Art. 3.1 – Rischio assicurato** La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni descritte nel successivo Art. 3.5 – Prestazioni.
- Art. 3.2 – Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni** La Società, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione nonché per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, si avvale della società Europ Assistance Italia S.p.A. e della sua Centrale Operativa. La Società, alla scadenza di ogni annualità assicurativa, ha la facoltà di cambiare società di Assistenza e Centrale Operativa, dandone tempestivo avviso al Contraente.
- Art. 3.3 – Persone assicurate** Le prestazioni di Assistenza sono operanti per l'Assicurato nonché per i suoi familiari iscritti nel certificato di Stato di famiglia.
- Art. 3.4 – Operatività della garanzia** Le prestazioni sono erogate in caso di infortunio o malattia.
- Art. 3.5 – Prestazioni** La Centrale Operativa provvede:
1) a fornire all'Assicurato, attraverso i propri medici, consigli sanitari e prescrivere, eventualmente, le prime terapie da seguire in caso di mancato reperimento del medico abituale;
2) a far accedere l'Assicurato ad una rete nazionale di Centri di diagnostica convenzionati:
• fornendo informazioni relative ad indirizzi e specializzazioni relativi alla rete dei Centri;
• a condizioni tariffarie preferenziali e precedentemente concordate.
Le informazioni sono fornite dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali;
3) all'acquisto e alla consegna di medicinali presso l'abitazione dell'Assicurato. La Società tiene a proprio carico il solo costo della consegna mentre il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato. L'Assicurato deve rilasciare all'incaricato dell'acquisto e della consegna la prescrizione medica, se necessaria, nonché il denaro per acquistare i medicinali;
4) al recapito dei referti degli esami diagnostici effettuati nei Centri di diagnostica, di cui al precedente punto 2), presso l'abitazione dell'Assicurato. È a carico della Società il costo della consegna mentre è a carico dell'Assicurato il costo degli accertamenti effettuati;
5) ad organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso l'abitazione dell'Assicurato ed a riconsegnare gli esiti degli esami qualora questi siano necessari ed egli sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione. Il costo degli esami è a carico dell'Assicurato;
6) all'invio di un medico in Italia se l'Assicurato necessita di una visita medica da eseguirsi sul posto per valutare le azioni conseguenti da intraprendere. Le spese sono a carico della Società. La prestazione viene fornita dalle ore 20.00 alle ore 8.00 dal Lunedì al Venerdì e 24 ore su 24 il Sabato, la Domenica e nei giorni festivi;
7) al trasporto in autoambulanza dell'Assicurato in Italia dopo il ricovero di primo soccorso o presso un Istituto di cura o alla sua abitazione. La Società tiene a proprio carico le relative spese;
8) a mettere a disposizione dell'Assicurato, dopo le dimissioni dall'Istituto di cura e qualora ne fosse necessaria la presenza, un infermiere al suo domicilio. La Società tiene a proprio carico le spese relative fino alla concorrenza di € 100,00 per sinistro;
9) a mettere a disposizione dell'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura e non in grado di provvedere al disbrigo delle faccende quotidiane, una collaboratrice familiare al suo domicilio. La Società tiene a proprio carico le spese relative fino alla concorrenza di € 100,00 per sinistro;
10) ad inviare una baby-sitter al domicilio dell'Assicurato per prestare assistenza ai figli minori di quindici anni qualora l'Assicurato sia ricoverato in ospedale o, dimesso, non possa accudirli. La Società tiene a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di € 100,00 per sinistro.

Assistenza al domicilio e in viaggio – Garanzia completa

- Art. 3.6 – Rischio assicurato** La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni descritte nel successivo Art. 3.10 – Prestazioni.
- Art. 3.7 – Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni** La Società, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione nonché per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, si avvale della società Europ Assistance Italia S.p.A. e della sua Centrale Operativa. La Società, alla scadenza di ogni annualità assicurativa, ha la facoltà di cambiare società di Assistenza e Centrale Operativa, dandone tempestivo avviso al Contraente.
- Art. 3.8 – Persone assicurate** Le prestazioni di Assistenza sono operanti per l'Assicurato nonché per i suoi familiari iscritti nel certificato di Stato di famiglia.
- Art. 3.9 – Operatività della garanzia** Le prestazioni sono erogate in caso di infortunio o malattia improvvisa.

Art. 3.10 – Prestazioni Assistenza al domicilio

La Centrale Operativa provvede:

- 1) a fornire all'Assicurato, attraverso i propri medici, consigli sanitari e prescrivere, eventualmente, le prime terapie da seguire in caso di mancato reperimento del medico abituale;
- 2) a far accedere l'Assicurato ad una rete nazionale di Centri di diagnostica convenzionati:
 - fornendo informazioni relative ad indirizzi e specializzazioni relativi alla rete dei Centri;
 - a condizioni tariffarie preferenziali e precedentemente concordate.
 Le informazioni sono fornite dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali;
- 3) all'acquisto e alla consegna di medicinali presso l'abitazione dell'Assicurato. La Società tiene a proprio carico il solo costo della consegna mentre il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato. L'Assicurato deve rilasciare all'incaricato dell'acquisto e della consegna la prescrizione medica, se necessaria, nonché il denaro per acquistare i medicinali;
- 4) al recapito dei referti degli esami diagnostici effettuati nei Centri di diagnostica, di cui al precedente punto 2), presso l'abitazione dell'Assicurato. È a carico della Società il costo della consegna mentre è a carico dell'Assicurato il costo degli accertamenti effettuati;
- 5) ad organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso l'abitazione dell'Assicurato ed a riconsegnare gli esiti degli esami qualora questi siano necessari ed egli sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione. Il costo degli esami è a carico dell'Assicurato;
- 6) all'invio di un medico in Italia se l'Assicurato necessita di una visita medica da eseguirsi sul posto per valutare le azioni conseguenti da intraprendere. Le spese sono a carico della Società. La prestazione viene fornita dalle ore 20.00 alle ore 8.00 dal Lunedì al Venerdì e 24 ore su 24 il Sabato, la Domenica e nei giorni festivi;
- 7) al trasporto in autoambulanza dell'Assicurato in Italia dopo il ricovero di primo soccorso o presso un Istituto di cura o alla sua abitazione. La Società tiene a proprio carico le relative spese;
- 8) a mettere a disposizione dell'Assicurato, dopo le dimissioni dall'Istituto di cura e qualora ne fosse necessaria la presenza, un infermiere al suo domicilio. La Società tiene a proprio carico le spese relative fino alla concorrenza di € 200,00 per annualità assicurativa;
- 9) a mettere a disposizione dell'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura e non in grado di provvedere al disbrigo delle faccende quotidiane, una collaboratrice familiare al suo domicilio. La Società tiene a proprio carico le spese relative fino alla concorrenza di € 200,00 per annualità assicurativa;
- 10) ad inviare una baby-sitter al domicilio dell'Assicurato per prestare assistenza ai figli minori di quindici anni qualora l'Assicurato sia ricoverato in ospedale o, dimesso, non possa accudirli. La Società tiene a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di € 200,00 per annualità assicurativa.

Assistenza in viaggio

La Centrale Operativa provvede:

- 11) al trasporto sanitario dell'Assicurato, con spese a carico della Società, nel caso in cui egli necessiti, secondo il giudizio della Centrale Operativa, di un ricovero presso un altro Istituto di cura più equipaggiato e idoneo alle cure necessarie o, trovandosi l'Assicurato all'estero, ad un Istituto di cura più vicino alla sua abitazione in Italia. Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:
 - treno in prima classe e, occorrendo, con cuccetta o vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di percorso;
 - aereo di linea anche barellato;
 - aereo sanitario, limitatamente ai Paesi europei.In caso di malattia manifestatasi all'estero, il Trasporto sanitario opera a condizione che la malattia sia di acuta insorgenza, e non nota all'Assicurato.
La decisione in merito all'effettuazione del trasporto ed al mezzo da utilizzare è di esclusiva competenza dell'équipe medica della Centrale Operativa in relazione alle necessità tecniche e mediche del caso. Non danno luogo alla prestazione le infermità e le lesioni che, a giudizio dell'équipe medica, o possono essere curate in loco o che non pregiudicano la prosecuzione del viaggio. La prestazione non è erogata nei casi in cui si contravviene a norme sanitarie nazionali o internazionali;
- 12) ad organizzare la visita dell'Assicurato da parte di un parente residente in Italia se è ricoverato in Istituto di cura all'estero per almeno 10 giorni. La Centrale Operativa mette a disposizione del parente un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per visitare l'Assicurato. I relativi costi sono a carico della Società;
- 13) a mettere a disposizione un interprete all'estero con costi a carico della Società sino ad € 500,00 per sinistro in caso di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura, per favorire le comunicazioni tra l'Assicurato e i medici curanti. I costi relativi sono a carico della Società;
- 14) ad anticipare una somma in denaro all'Assicurato all'estero per consentirgli di pagare le spese mediche sostenute all'estero. L'anticipo è erogato fino alla concorrenza di € 2.500,00 per annualità assicurativa;
- 15) al prolungamento del soggiorno dopo il ricovero in Istituto di cura, prenotando un albergo, qualora, trascorso il periodo di ricovero, le condizioni dell'Assicurato siano tali da consigliare una ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione. La Società tiene a proprio carico le spese di albergo fino alla concorrenza di € 500,00 per sinistro;
- 16) al rientro di figli minori di 15 anni dell'Assicurato, organizzandone il ritorno all'abitazione in caso di un suo ricovero in un Istituto di cura. La Società, sempre che i figli si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, tiene a proprio carico le spese fino alla concorrenza di € 500,00 per sinistro;

17) al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di cura, alla sua abitazione e qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico. Le spese sono a carico della Società;

18) ad organizzare ed effettuare il trasporto della salma in caso di decesso dell'Assicurato, fino al luogo di sepoltura in Italia, con spese a carico della Società. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma. Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, con spese a carico della Società, il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella) sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto aereo (classe turistica), o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per recarsi dalla sua abitazione in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione. La Centrale Operativa provvede anche ad organizzare il soggiorno in albergo del familiare venuto a raggiungere il defunto, con spese di pernottamento a carico della Società fino alla concorrenza di € 300,00 per sinistro;

19) ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero, dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico della Società.

Art. 3.11 – Eccedenze di massimali e anticipi di denaro

Tutte le eccedenze di massimale, così come gli anticipi di denaro previsti dalle singole prestazioni, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta, vigenti in Italia e nel Paese ove si trova momentaneamente l'Assicurato, ed a condizione che l'Assicurato stesso, anche mediante persona da lui indicata, possa fornire alla Centrale Operativa adeguate garanzie (ad esempio fidejussione bancaria, assegni, ecc.) per la restituzione di ogni somma anticipata. Il rimborso dovrà avvenire entro 30 giorni dalla data del rientro in Italia.

Art. 3.12 – Validità territoriale

La garanzia è operante per eventi verificatisi in tutti i paesi del mondo, salvo le limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni.

Art. 3.13 – Esclusioni

È premesso che:

- la Società non è tenuta a fornire prestazioni o a pagare indennizzi in alternativa a titolo di compensazione per quanto sopra previsto se l'Assicurato non ne usufruisce per sua scelta o perché non ne ha la necessità;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna per i danni conseguenti ad un suo mancato intervento dovuto a caso fortuito o forza maggiore;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna derivante dalle azioni eventualmente intraprese dall'Assicurato a seguito delle informazioni rilasciate, in quanto in nessun caso il servizio ha il carattere della consulenza.

L'assicurazione non opera:

- in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
- per le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, o che abbiano finalità politiche o sociali;
- in conseguenza di atti dolosi dell'Assicurato;
- per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, nonché per le conseguenze determinate dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.). Quanto sopra salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- in conseguenza di eruzioni vulcaniche e terremoti;
- per gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad uso di psicofarmaci, per influenza di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- per la ricerca o il soccorso in mare, in montagna o nei deserti.

Art. 3.14 – Modalità per la richiesta di assistenza (valida per entrambe le opzioni)

In caso di necessità, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa fornendo le seguenti informazioni:

1. numero di polizza emessa dalla Società;
2. cognome e nome dell'Assicurato e suo indirizzo o recapito temporaneo;
3. tipo di prestazione richiesta.

La Centrale Operativa, per completare le operazioni di Assistenza, può richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione che dovrà essere spedita, in originale, ad Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 20135 Milano.

Il diritto ad ottenere Assistenza decade qualora l'Assicurato non prenda contatto con la Centrale Operativa nel momento in cui si verifica il sinistro.

Tuttavia, la Società, nei limiti previsti dalle singole prestazioni, rimborserà all'Assicurato le spese da questi sostenute nei casi in cui:

- siano esplicitamente autorizzate dalla Centrale Operativa;
- siano conseguenti ad interventi disposti dalle Pubbliche Autorità;
- siano conseguenti ad interventi non direttamente richiesti dall'Assicurato per cause di forza maggiore (ad esempio, per un suo infortunio).

I numeri da contattare sono i seguenti:

numero verde 800.810.820 oppure **02.5828.6810** per chiamate dall'Italia e dall'estero oppure telefax **02.5838.4234**.

Articoli di legge Codice Civile**Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di morte presunta**

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 – Condizione e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo. All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 – 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 – 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.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Art. 1894 – Assicurazione 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 – 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 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 – 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 – 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 – 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 – 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 l'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'art.1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha 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 – 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 – Avviso all'assicurazione in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da 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 constatazione del sinistro.

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

Art. 1914 – Obbligo di salvataggio

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.
Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.
L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.
L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.
L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 – 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 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i 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.