

---

# ***FASCICOLO INFORMATIVO***

---

ULTIMO AGGIORNAMENTO 09/2015

## **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI**

### ***INFORTUNI***

#### ***IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE***

- a) **NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- b) **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
- c) **INFORMATIVA PRIVACY**

***DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO***

---

***PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA***

---

**NOTA INFORMATIVA**  
**(Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010)**

Contratto di assicurazione infortuni

## **INFORTUNI**

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

### **A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

#### **1. Informazioni generali**

- a. Assicuratrice Milanese S.p.A., Società di assicurazioni in forma di società per azioni, fondata nel 1988, Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009, soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A.
- b. Sede legale e Direzione Generale: Corso Libertà, 53 – 41018 San Cesario sul Panaro (MO) ITALIA
- c. Recapito telefonico: 059 7479111 – Fax: 059 7479112 – Sito internet [www.assicuratricemilanese.it](http://www.assicuratricemilanese.it) – indirizzo di posta elettronica: [info@assicuratricemilanese.it](mailto:info@assicuratricemilanese.it)
- d. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13/12/1988 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298 del 21/12/1988, ed iscritta al numero 1.00077 dell'Albo delle imprese di Assicurazione

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2014

- Patrimonio netto Euro 28.426.072,00
- Capitale sociale\* Euro 25.000.000,48
- Totale delle riserve patrimoniali Euro 8.380.092,00
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **1,88**  
tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente

\*Post aumento di capitale sociale di Euro 4.954.000,48 deliberato dall'Assemblea straordinaria del 30/04/2015. La conseguente modifica dello statuto è stata autorizzata da Ivass con Provvedimento del 05/06/2015 e iscritto al Registro delle Imprese in data 08/06/2015

## **B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO**

Il presente contratto può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo.

### **AVVERTENZA**

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 30 giorni prima della cadenza contrattuale.

Termini e modalità sono regolati dall'Articolo 6 – proroga dell'assicurazione, delle Condizioni di Polizza.

### **3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

La garanzia qui descritta riguarda gli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività professionali ed extraprofessionali con possibilità di limitare la copertura a solo una di esse.

E' possibile assicurarsi per gli infortuni da cui derivino:

- Morte
- Invalidità permanente
- Inabilità temporanea
- Diaria da ricovero
- Diaria da convalescenza
- Diaria per gessatura
- Rimborso spese mediche per infortunio

Per maggior dettaglio rimandiamo agli Articoli 20 – Morte, 22 – Invalidità permanente, 24 – Inabilità temporanea, 26 – Diaria da ricovero, 27 – Diaria da convalescenza, 28 – Diaria per gessatura, 29 – Rimborso spese mediche, delle Condizioni di polizza.

Il contratto prevede altresì alcune Condizioni particolari valide solo se espressamente richiamate in polizza.

### **AVVERTENZA**

Sono previste limitazioni, esclusioni e condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento del risarcimento.

Consultare i seguenti articoli delle Condizioni di Polizza per maggiori dettagli:

- Art. 3 – Decorrenza dell'assicurazione – proroga del contratto
- Art. 10 – Rischi esclusi
- Art. 13 – Limite di età
- Art. 14 – Persone non assicurabili
- Art. 18 – Limite di risarcimento per sinistri catastrofali

Ulteriori limitazioni ed esclusioni sono poi previste nelle singole garanzie e nelle Condizioni particolari.

Per ciò che concerne i casi di sospensione della garanzia si rinvia all'Articolo 12 – Servizio militare, delle Condizioni di polizza ed all'Articolo 3 – Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio.

### **AVVERTENZA**

Le suddette garanzie possono essere prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali, per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle Condizioni di Polizza.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

### **Franchigia per il caso di invalidità permanente**

Per questa garanzia la franchigia viene espressa in percentuale e con riferimento ai postumi invalidanti riconosciuti:

- 0% sulla parte di somma assicurata fino a Euro 100.000
- 5% sulla parte eccedente 100.000 Euro e fino a 200.000

#### **Esempio**

- Somma assicurata Euro 200.000

A)

- Postumi invalidanti accertati 3%
- Indennizzo sui primi Euro 100.000 =  $100.000 \times 3\%$  = Euro 3.000
- Indennizzo sui restanti Euro 100.000 = 3% - 5% (franchigia) = non è dovuto alcun indennizzo in quanto il postumo invalidante risulta inferiore alla franchigia

B)

- Postumi invalidanti accertati 10%
- Indennizzo sui primi Euro 100.000 =  $100.000 \times 10\%$  = Euro 10.000
- Indennizzo sui restanti Euro 100.000 = 10% - 5% (franchigia) = 5%;  $100.000 \times 5\%$  = Euro 5.000
- Totale indennizzo = Euro 10.000 + Euro 5.000 = Euro 15.000

### **Franchigia per il caso di inabilità temporanea**

L'indennizzo per inabilità temporanea decorre:

- dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è pari o inferiore a Euro 35
- dal 10° giorno successivo a quello dell'infortuni se la somma assicurata è superiore a Euro 35

#### **Esempio**

- Somma assicurata Euro 50

A)

- Giorni di inabilità temporanea 5
- Indennizzo = non è dovuto alcun indennizzo in quanto i giorni di inabilità temporanea rientrano in franchigia

B)

- Giorni di inabilità temporanea 20
- Indennizzo =  $20\text{gg} - 10\text{gg}$  (franchigia) = 10gg: Euro 50 x 10gg = Euro 500

### **Scoperto**

#### **Esempio**

- Danno Euro 1.000
- Scoperto 10% con il minimo di Euro 500
- Risarcimento Euro 1.000 - 500 = Euro 500 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

### **Massimale – Somma assicurata**

#### **Esempio**

- Somma assicurata Euro 50.000
- Danno Euro 20.000
- Risarcimento Euro 20.000

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

##### **AVVERTENZA**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, fatta salva la facoltà della Società di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Si rinvia per maggior dettaglio all'Articolo 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

#### 5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio ai sensi dell'Articolo 1898 e dell'Articolo 1897 del Codice Civile.

In caso di “**aggravamento del rischio**”, ossia nel caso in cui, per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata, aumenti in modo permanente la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, in misura tale per cui, se la Società fosse stata a conoscenza di tale stato di cose al momento della stipulazione del contratto, non avrebbe prestato la garanzia o l'avrebbe stipulata a condizioni diverse, la Società a seguito della comunicazione dell'Assicurato può recedere dal contratto.

Nel caso si verifichi un sinistro prima che sia pervenuto l'avviso alla Società o prima che siano decorsi i termini per la comunicazione e l'efficacia del recesso, la Società può non pagare l'indennizzo qualora l'aggravamento del rischio sia tale che la stessa non avrebbe prestato la copertura se il nuovo stato delle cose fosse esistito al momento della stipula del contratto oppure (nel caso la Società avrebbe chiesto un premio maggiore al momento della stipula del contratto) ridurre l'importo dovuto secondo il rapporto tra il premio pagato e quello che sarebbe stato fissato se il maggior rischio fosse esistito al tempo della stipula del contratto.

In caso di “**diminuzione del rischio**”, ossia nel caso in cui per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata diminuisce la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, la Società a seguito della comunicazione dell'Assicurato, a decorrere dalla scadenza di premio successiva alla suddetta comunicazione applicherà una riduzione di premio ma potrà recedere dal contratto entro due mesi dalla comunicazione medesima.

##### **ESEMPIO di circostanza rilevante che determini la modificazione del rischio**

- L'attività dichiarata al momento della stipula risulta essere “impiegato” – classificazione tariffaria A (tariffa minore), mentre al momento del sinistro l'attività svolta risulta essere di “imprenditore con lavoro manuale” – classificazione tariffari D (tariffa maggiore).

#### 6. Premi

La periodicità di pagamento del premio è annuale. La Società si riserva la facoltà di concordare frazionamenti del premio semestrali, con applicazione di una maggiorazione del 3%.

Il pagamento del premio può essere effettuato attraverso denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore) fatta salva la disponibilità dell'Intermediario ad accettare i seguenti mezzi di pagamento:

- Assegni bancari e circolari
- Bonifici bancari
- Bollettini postali
- Strumenti elettronici di pagamento

##### **AVVERTENZA**

La Società o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, la cui misura e modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società medesima.

#### 7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio non sono soggetti ad adeguamento.

## **8. Diritto di recesso**

### **AVVERTENZA**

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia a favore del Contraente sia a favore della Società.

Si rimanda per gli aspetti di maggior dettaglio all'Articolo 5 – Recesso in caso di sinistro, delle Condizioni di Polizza.

## **9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### **Ipotesi di decadenza contemplate in polizza**

Decadenza dal diritto all'indennizzo in caso di denuncia presentata oltre il termine indicato in polizza.

Decadenza dal diritto di disdettare il contratto alla scadenza annuale qualora la relativa comunicazione sia stata inviata oltre il termine previsto in polizza.

Decadenza dal diritto di disdettare il contratto a seguito di sinistro qualora la comunicazione sia stata inviata oltre il termine previsto in polizza.

## **10. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto, in base all'Articolo 180 del D. Lgs. 209/2005 è quella Italiana.

## **11. Regime fiscale**

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

Il premio versato per il presente contratto è gravato da un'imposta sulle assicurazioni, quantificata secondo la normativa in vigore al momento della redazione del presente contratto, ed indicata in polizza/preventivo nello specifico campo.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **12. Sinistri – liquidazione dell’indennizzo**

#### **AVVERTENZA**

Il sinistro si verifica al ricorrere di un infortunio che l’assicurato subisca durante le attività professionali e/o extraprofessionali.

In caso di sinistro l’assicurato deve denunciare per iscritto alla Società entro tre (3) giorni l’infortunio, così come previsto dall’Articolo 15 – Denuncia dell’infortunio e obblighi relativi, DELLE Condizioni di polizza.

Le modalità di stima del danno sono individuate all’Articolo 16 – Criteri di indennizzo ed all’articolo 22 – Invalidità permanente, delle Condizioni di polizza.

I costi relativi ai certificati medici e alla documentazione relativa al sinistro sono a carico dell’assicurato.

L’assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

### **13. Reclami**

Il reclamo è, ai sensi dell’art. 2 lettera t-bis) del Regolamento ISVAP n.° 24 del 19 maggio 2008, *“una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un’impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto”*. Ai sensi della lettera t-ter), per reclamante deve invece intendersi *“un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell’impresa di assicurazione, ad esempio il contraente, l’assicurato, il beneficiario e il danneggiato”*.

La gestione dei reclami ricevuti, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, è devoluta ad una specifica funzione aziendale.

I reclami devono essere inoltrati, per iscritto, presso la Sede legale di Assicuratrice Milanese S.p.A. all’attenzione dell’Ufficio Reclami, Corso Libertà, 53 – 41018 San Cesario sul Panaro (MO), utilizzando una delle seguenti modalità:

- A mezzo messaggio di posta elettronica al seguente indirizzo: [servizio.reclami@assicuratricemilanese.it](mailto:servizio.reclami@assicuratricemilanese.it)
- Via fax al numero +39 059 8672387
- Con il servizio postale

Ai reclami pervenuti viene dato riscontro da parte dell’anzidetta funzione aziendale entro e non oltre il termine di 45 giorni.

Se l’impresa non fornisce risposta, se la stessa è considerata insoddisfacente in quanto asseritamente non completa e/o non corretta, ovvero in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi a:

#### **IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni**

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353

PEC: [ivass@per.ivass.it](mailto:ivass@per.ivass.it)

I reclami indirizzati all’IVASS devono contenere:

- Nome, Cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico
- L’individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l’operato
- Breve descrizione del motivo di doglianza
- Copia del reclamo già presentato direttamente alla Società corredato dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa
- Ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo

Non rientrano nella competenza dell'IVASS:

- I reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente alla Società e che, in caso di ricezione, l'Istituto provvederà ad inoltrare alla Società entro 45 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti.
- I reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria

**Sul sito internet di Assicuratrice Milanese S.p.A. e, precisamente, nella sezione “Reclami”, è messo a disposizione degli utenti, tramite apposito link, sia un modello di reclamo alla Compagnia, sia un modello di reclamo all'Istituto di Vigilanza**

#### **14. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, ferma l'esistenza di sistemi alternativi di risoluzione della controversia.

In particolare, il Decreto Legge 132/2014, convertito in L. 162/2014, ha introdotto nell'ordinamento italiano l'istituto della negoziazione assistita, rendendone l'esperimento obbligatorio in determinate ipotesi normativamente previste dall'art. 3 del decreto citato.

A norma dell'art. 2 del predetto testo normativo, la convenzione di negoziazione assistita da uno o più avvocati è un accordo mediante il quale le parti convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia tramite l'assistenza di avvocati.

L'art. 3 prevede quindi che *“chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti deve, tramite il suo avvocato, invitare l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita. Allo stesso modo deve procedere, fuori dei casi previsti dal periodo precedente e dall'articolo 5, comma 1-bis, del Decreto legislativo 4 marzo 2010, n.° 28, chi intende proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti cinquantamila euro. L'esperimento del procedimento di negoziazione assistita è condizione di procedibilità della domanda giudiziale”*.

L'art. 1-bis del D. Lgs. 28/2010 prescrive invece che chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia – *ex plurimis* – di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, a esperire preliminarmente il procedimento di mediazione ai sensi del decreto ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n.° 385, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate.

Anche in tale caso, l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

**Il presente contratto non prevede la possibilità di Arbitrato.**



## GLOSSARIO

Indicazione del significato dei principali termini utilizzati nelle condizioni di assicurazione infortuni

**Assicurato** – la persona fisica o giuridica la cui responsabilità è protetta dall'assicurazione

**Beneficiario** – la persona eventualmente designata dal Contraente quale titolare del diritto all'indennizzo

**Codice (Codice delle Assicurazioni Private)** – il decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209 e successive modificazioni ed integrazioni

**Contraente** – la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione

**Convalescenza** – il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'assicurato è costretto a domicilio al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato

**Franchigia** – importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro

**Impresa** – la Società Assicuratrice Milanese S.p.A.

**Inabilità temporanea** – la perdita temporanea a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione

**Infortunio** – evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea

**Indennizzo** – la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

**Inabilità permanente** – la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

**Intermediario** – la persona fisica o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli intermediari Assicurativi e Riassicurativi (R.U.I.) di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209

**Istituto di cura** – ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna

**Limite di indennizzo** – massimo importo, al lordo di eventuali franchigie/scoperti, dovuto dalla Società per u singolo sinistro o, quando precisato, a più sinistri verificatisi in un periodo di tempo

**Morte** – la morte dell'assicurato a seguito di infortunio

**Polizza** – il documento che prova l'assicurazione

**Premio** – il costo della copertura assicurativa

**Recesso** – scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale

**Rischio** – la probabilità che si verifichi il sinistro

**Sinistro** – il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione

**Assicuratrice Milanese è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa**

Il rappresentante Legale

Daniele Camarda



# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €121.814.366,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo €3.185.634,13 i.v.

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni del Regolamento ISVAP n.° 35/2010 e dell'Articolo 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n.° 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza".

## CONDIZIONI DI POLIZZA – INFORTUNI

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** è il contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (Art. 1882 del C.C.).

**Beneficiario:** il Soggetto cui è destinata – per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato – o per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

**Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione.

**Convalescenza:** il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto a domicilio al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

**Franchigia:** parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

**Inabilità temporanea:** La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Invalità permanente:** la perdita definitiva a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

**Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

**Parti:** Il Contraente / Assicurato e la Società.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

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

**Società:** Assicuratrice Milanese S.p.A.

### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

#### Articolo 1) – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della polizza, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

#### Articolo 2) – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1910 C.C. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

#### Articolo 3) – Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Articolo 1901 del C.C.

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



#### Articolo 4) – Modifiche dell'assicurazione

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

#### Articolo 5) – Recesso in caso di sinistro

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

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

#### Articolo 6) – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata a mezzo di lettera raccomandata A.R. e pervenuta alla Società almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

#### Articolo 7) – Oneri fiscali

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

#### Articolo 8) – Rinvio alle norme di legge

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

### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

#### Articolo 9) – Oggetto dell'assicurazione

Premesso che: si intende per infortunio esclusivamente ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza
- b) di ogni altra attività di carattere non professionale

Sono considerati infortuni anche:

- ✓ l'asfissia di origine non morbosa
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- ✓ l'annegamento
- ✓ l'assideramento o congelamento
- ✓ i colpi di sole o di calore
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti
- ✓ le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa che

- a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza), fino ad un massimo di 15 giorni
- b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale
- c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operatività dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 17

sono inoltre compresi gli infortuni sempre che si versi nell'ambito di un infortunio come definito al comma 1:

- ✓ derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 C.C.)
- ✓ derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi
- ✓ derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria (in deroga all'articolo 1912 C.C.)
- ✓ sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona
- ✓ derivanti da stato di guerra, in deroga all'articolo 1912 C.C., per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

#### Articolo 10) Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dalla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- d) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, canoa fluviale, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corda elastica, sci acrobatico, arrampicata libera (free climbing), scalata di rocce o ghiaccio oltre il grado "terzo" della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), slittino da gara, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore;
- e) dall'esercizio di tutti gli sport praticati a livello professionistico, semiprofessionistico o svolti sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione;
- f) da stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- g) da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- j) da attività di volontariato o sportive svolte con carattere di continuità o di professionalità indipendentemente dallo scopo di lucro o dalla percezione di una qualunque remunerazione.

#### Articolo 11) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile.



#### **Articolo 12) Servizio militare**

L'assicurazione non è operante per gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

#### **Articolo 13) Limite di età**

**L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni, salvo il caso in cui l'Assicurato abbia continuato a pagare regolarmente il premio anche oltre il limite di età assicurabile ed il premio non sia stato restituito dalla Società.**

#### **Articolo 14) Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Società entro 30 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

#### **Articolo 15) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi**

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il Contraente/Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea, nonché inviare certificato medico attestante la fine della malattia o della inabilità.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

#### **Articolo 16) Criteri di indennizzo**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'eventuale incidenza che l'infortunio esercita in dette preesistenti condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

#### **Articolo 17) Controversie sulla determinazione del danno**

In caso di infortunio se sorgono divergenze sulla natura medica, sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti, la loro determinazione viene demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissidente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

#### **Articolo 18) Limite di risarcimento per sinistri catastrofali**

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 750.000.

Detto limite s'intende elevato a Euro 1.000.000,00 in caso di incidente aereo che colpisca più persone assicurate, in qualità di passeggeri di aeromobili, con questa e con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente.

In entrambi i casi qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopraindicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.

#### **Articolo 19) Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

### **GARANZIE**

#### **Articolo 20) Morte**

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

#### **Articolo 21) Morte presunta**

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione dell'articolo 60, comma 3) del C.C. o dell'articolo 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 corrisponde ai Beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

#### **Articolo 22) Invalidità permanente**

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, la Società corrisponde l'indennizzo determinato con i seguenti criteri:

a) se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata (invalidità permanente totale);



b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente (invalidità permanente parziale), che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

| perdita, anatomica o funzionale di:  | Destro                  | Sinistro |
|--|-------------------------|----------|
| • Un arto superiore  | 70%                     | 60%      |
| • Una mano o un avambraccio  | 60%                     | 50%      |
| • Un pollice   | 18%                     | 16%      |
| • Un indice  | 14%                     | 12%      |
| • Un medio   | 8%                      | 6%       |
| • Un anulare   | 8%                      | 6%       |
| • Un mignolo   | 12%                     | 10%      |
| • Una falange ungueale del pollice   | 9%                      | 8%       |
| • Una falange di altro dito della mano   | 1/3 del valore del dito |          |
| <b>Anchilosi:</b>  |                         |          |
| • Della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola                                   | 25%                     | 20%      |
| • Del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera  | 20%                     | 15%      |
| • Del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera   | 10%                     | 8%       |
| <b>Paralisi completa:</b>  |                         |          |
| • Del nervo radiale  | 35%                     | 30%      |
| • Del nervo ulnare   | 20%                     | 17%      |
| <b>Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:</b>  |                         |          |
| • al di sopra della metà della coscia  |                         | 70%      |
| • al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio   |                         | 60%      |
| • al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba   |                         | 50%      |
| <b>Perdita anatomica o funzionale di:</b>  |                         |          |
| • un piede   |                         | 40%      |
| • ambedue i piedi  |                         | 100%     |
| • un alluce  |                         | 5%       |
| • un dito del piede diverso dall'alluce  |                         | 1%       |
| • falange ungueale dell'alluce   |                         | 2,5%     |
| <b>Anchilosi:</b>  |                         |          |
| • dell'anca in posizione favorevole  |                         | 35%      |
| • del ginocchio in estensione  |                         | 25%      |
| • della tibio-tarsica ad angolo retto  |                         | 10%      |
| • della tibio-tarsica con anchiloso della sotto astragalica  |                         | 15%      |
| <b>Paralisi completa del nervo:</b>  |                         |          |
| • sciatico popliteo esterno  |                         | 15%      |
| <b>Esiti di frattura scomposta di una costola</b>  |                         | 1%       |
| <b>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</b>  |                         |          |
| • una vertebra cervicale   |                         | 12%      |
| • una vertebra dorsale   |                         | 5%       |
| • 12° dorsale  |                         | 10%      |
| • una vertebra lombare   |                         | 10%      |
| <b>Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo</b> |                         | 2%       |
| <b>Esiti di frattura del sacro</b>   |                         | 3%       |
| <b>Esiti di frattura del coccige con callo deforme</b>   |                         | 5%       |
| <b>Perdita totale, anatomica o funzionale di:</b>  |                         |          |
| • un occhio  |                         | 25%      |
| • ambedue gli occhi  |                         | 100%     |
| <b>Sordità completa di:</b>  |                         |          |
| • un orecchio  |                         | 10%      |
| • ambedue gli orecchi  |                         | 40%      |
| <b>Stenosi nasale assoluta:</b>  |                         |          |
| • monolaterale   |                         | 4%       |
| • bilaterale   |                         | 10%      |
| <b>Perdita anatomica di :</b>  |                         |          |
| • Un rene  |                         | 15%      |
| • Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica   |                         | 8%       |

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dello stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, in riferimento alle percentuali dei casi riportati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

### Articolo 23) Franchigia assoluta per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino a Euro 100.000, la Società corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 100.000 e fino a Euro 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 200.000 e fino la massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.



#### **Articolo 24) Inabilità temporanea**

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

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

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

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

#### **Articolo 25) Franchigia assoluta per inabilità temporanea**

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) Se la somma assicurata per inabilità temporanea è pari o inferiore a Euro 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;
- b) Se la somma per inabilità temporanea è superiore a Euro 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui ai precedenti punti a) e b) verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

#### **Articolo 26) Diaria da ricovero per infortunio**

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione. La durata massima è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

#### **Articolo 27) Diaria da convalescenza post ricovero (operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio)**

In caso di ricovero superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità pari al 50% dell'importo convenuto alla garanzia "Diaria da ricovero per infortunio" per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni.

#### **Articolo 28) Diaria per gessatura da infortunio – condizione aggiuntiva alla diaria da ricovero per infortunio (operante solo se richiamata in polizza)**

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili) applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 30 giorni.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali e delle singole dita della mano e del piede.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno successivo al giorno di dimissione.

#### **Articolo 29) Rimborso spese mediche per infortunio**

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

- Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
  - a) Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria. Diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
  - b) Rette di degenza (esclusa ogni spesa di natura alberghiera)
  - c) Assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali somministrati durante il ricovero;
  - d) Trattamenti fisioterapici rieducativi (escluse le cure termali) effettuate nel periodo di ricovero e sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;
  - e) Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets
- Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
  - a) Prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche
  - b) Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets
  - c) Trattamenti fisioterapici o rieducativi (escluse le cure termali) effettuati nei 90 giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto previa detrazione del 25% delle spese e per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.

#### **CONDIZIONI PARTICOLARI**

**(valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)**

##### **A) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali**

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità.

##### **B) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali**

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

##### **C) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella INAIL)**

A parziale deroga dell'articolo 22), la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute anteriormente alla data di stipulazione della polizza. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa.

##### **D) Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente**

L'articolo 23 si intende annullato e sostituito dal seguente:

"in caso d'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino a Euro 100.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 100.000 e fino a Euro 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 7%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 200.000 e fino al massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.



DATI PERSONALI - INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO  
( ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 2003)

In applicazione della normativa sulla "privacy", la informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (1).

**I) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative (2)**

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che la riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti (3) e/o dati che devono essere forniti da lei o da terzi per obblighi di legge (4) – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili (5) strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (6), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Le i e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" (7) .

Il consenso che Le chiediamo riguarda pertanto oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o prodotti assicurativi citati.

**II) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali**

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari (8): il consenso, riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuali da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

**III) Modalità di uso dei dati personali**

I dati sono trattati (9) dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa (10); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

#### **IV) Diritti dell'interessato**

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (11).

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, lei può rivolgersi alla nostra Società, Uffici Amministrativi Centrali, Corso Libertà, 53, 41018 San Cesario sul Panaro (MO) telefono: 059/7479111, FAX: 059/7479112 (12)

#### **Note**

- 1) Come previsto dall'art 13 del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).
- 2) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 3) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati) altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.) soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.) forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, quarto e quinto punto); altri soggetti pubblici (v. nota 7, sesto e settimo punto).
- 4) Ad esempio ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 5) Cioè dati di cui all'art. 4 comma 1 lett. D) del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.
- 6) Ad esempio dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 7) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
  - Assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito) autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato) centri di demolizione di autoveicoli;
  - Società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto) clinica convenzionata (scelta dall'interessato) società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio) società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, il recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 10);
  - Società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
  - ANIA – Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma) per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
  - Organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, quali:



- CONSAP Concessionaria Servizi assicurativi Pubblici (via Paisiello, 33 – Roma) la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile RC auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della Caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - (Via del Quirinale, 21 – Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
  - Nonché altri soggetti, quali UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 – Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'articolo 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 – Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000 n. 38; Ministero delle infrastrutture – Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione (via Caraci, 36 – Roma), il quale, in base all'art. 226 cod. strad., gestisce l'Archivio nazionale dei veicoli e l'Anagrafe nazionale degli abilitati alla guida; CONSOB Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma), INPDAl (Viale delle Province, 196 – Roma), INPGI (Via Nizza, 35 – Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma) ai sensi dell'art. 7 del DPR 29 Settembre 1973 n. 605; Consorzi agricoli di difesa della grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G. di F.; VV.FF.; VV.UU.) altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- 8) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori; coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.
- 9) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4 comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 10) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, della c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 7, secondo punto).
- 11) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre, vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.
- 12) L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli all'Ufficio indicato in informativa.