

ACTIVE IN MOBILITÀ

FORMULA PERSONA
E FORMULA FAMIGLIA

POLIZZA PER LA TUTELA
DELLE PERSONE ASSICURATE
DAI RISCHI DELLA CIRCOLAZIONE

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

- il Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)
- il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)
- le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Privati



SALUTE



Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.
PRONTI ALLA VITA.



cattolica.it

scarica l'app



CATTOLICA
ASSICURAZIONI

DAL 1896

Polizza Infortuni, Responsabilità civile, Furto e rapina, Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà, Rimborso spese mobilità, Assistenza e Tutela Legale per la mobilità allargata

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo



Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Active in Mobilità – Formula Persona e Formula Famiglia"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela le persone identificate in polizza dai rischi della circolazione, compresi quelli derivanti dall'utilizzo dei dispositivi per la micromobilità elettrica.



Che cosa è assicurato?

La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate/massimali indicati nella scheda di polizza.

Il prodotto ha natura modulare. Il Contraente può scegliere quali Sezioni acquistare tra le seguenti, alcune principali che può comprare in modo autonomo e altre subordinate alla presenza di altra Sezione.

- ✓ **Infortuni:** danni subiti dalle persone assicurate identificate in polizza in caso di infortunio durante la circolazione;
- ✓ **Responsabilità Civile:** danni involontariamente causati a terzi nella vita privata e nel tempo libero, compresi i rischi della circolazione, della proprietà e conduzione della dimora abituale nonché della conduzione di eventuali dimore saltuarie;
- ✓ **Furto e rapina:** danni di furto e rapina, nei locali, dei seguenti mezzi non targati di proprietà dell'Assicurato: biciclette, anche a pedalata assistita (e-bike), dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel), apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili, anche elettriche, handbike.
- ✓ **Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà:** (gli stessi della garanzia Furto e Rapina) condotti dall'assicurato e di proprietà del medesimo, purché il danno sia esteriormente visibile e tale da pregiudicare il corretto funzionamento dello stesso.
- ✓ **Rimborso spese mobilità:** previsione di determinati rimborsi erogati in caso di necessità per le seguenti garanzie: Rimborso franchigia servizi in sharing, Rimborso biglietti mezzi di trasporto, Rifacimento documenti
- ✓ **Assistenza:** previsioni di determinate prestazioni o servizi erogati in caso di necessità.
- ✓ **Tutela Legale:** copertura delle spese extra processuali e processuali per la difesa degli interessi dell'Assicurato.

L'assicurazione è disponibile in due formule distinte: **Formula Persona** e **Formula Famiglia**.

Sono inoltre previste garanzie aggiuntive che estendono la copertura assicurativa delle diverse sezioni.



Che cosa non è assicurato?

Principali rischi esclusi:

- ✗ **Infortuni:** verificatisi in connessione con atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità; verificatisi alla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia compreso l'infortunio subito dall'Assicurato che guidi con patente scaduta, purché lo stesso, al momento del sinistro, sia in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- ✗ **Responsabilità Civile:** Non sono considerati terzi il Contraente, l'Assicurato, il coniuge, gli ascendenti e discendenti dell'Assicurato, qualsiasi altra persona appartenente al suo nucleo familiare o con lui convivente. Sono esclusi i danni che derivino naturalmente da comportamenti prolungati, permanenti o reiterati determinati dalle modalità adottate dall'Assicurato nello svolgimento delle attività nell'ambito della vita privata e tempo libero, della proprietà e della conduzione della dimora abituale nonché della conduzione di eventuali dimore saltuarie. Sono esclusi i danni causati o dovuti dalla gestione di case di riposo, residenze sanitarie assistite, cliniche, case di cura, presidi ospedalieri.
- ✗ **Furto e Rapina:** dei mezzi non targati posti all'aperto. Occorsi in occasioni di atti di guerra anche civile, invasione, insurrezione, operazioni militari, confische, requisizioni, distruzioni o danneggiamenti per ordine di qualsiasi Governo od Autorità di fatto o di diritto, a meno che l'Assicurato provi che il sinistro non ha avuto alcun rapporto con tali eventi.

Sono presenti esclusioni anche per le garanzie Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà, Rimborso spese mobilità, Assistenza e Tutela Legale.



Ci sono limiti di copertura?

Limitazioni di garanzia delle Sezioni:

- ! Gli Assicurati possono avere fino a 80 anni d'età.
- ! Esistono limiti di indennizzo, franchigie, scoperti specifici per singole garanzie e tipologia di beni / eventi assicurati.
- ! Per ciascuna Sezione sono stabilite le specifiche esclusioni di garanzia.



Dove vale la copertura?

- ✓ **Infortuni, Responsabilità Civile, Rimborso spese della mobilità:** mondo intero
- ✓ **Furto e rapina, Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà:** Europa.
- ✓ **Assistenza:** L'ambito di validità territoriale delle prestazioni di Assistenza viene riportata all'interno di ciascuna prestazione
- ✓ **Tutela Legale:**
Nelle ipotesi di danni extracontrattuali o di procedimento penale: in tutti gli Stati d'Europa ed inoltre, nei Paesi Extraeuropei che si affacciano sul Bacino del Mar Mediterraneo;
Nelle ipotesi di vertenze contrattuali nei Paesi dell'Unione Europea ed inoltre nel Regno Unito, Liechtenstein, Principato di Monaco ed in Svizzera;
Nell'ipotesi di opposizione alle sanzioni amministrative: in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino;
Per la Consulenza Legale telefonica: in Italia in relazione a leggi e normative italiane.



Che obblighi ho?

- Le inesatte o incomplete dichiarazioni rese dal Contraente all'atto della stipulazione della Polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento, né riduzione dello stesso, sempreché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.
- Il contraente/l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori.



Quando e come devo pagare?

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite. Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'Agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha la durata che viene indicata nella Scheda di Polizza. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio a meno che all'interno delle Sezioni ed alle singole garanzie acquistate non sia prevista una diversa decorrenza e sempre che il relativo premio sia stato corrisposto. Il premio è normalmente determinato per un periodo di assicurazione di un anno. Qualora sia prevista una durata del contratto inferiore o superiore il premio dovuto coincide comunque con quello indicato nella Scheda di Polizza. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto ai sensi dell'Art. 1901 del codice civile.



Come posso disdire il contratto?

Su richiesta del Contraente il contratto può essere stipulato con clausola di tacito rinnovo, e le parti hanno facoltà di inoltrare la disdetta, mediante lettera raccomandata A/R, inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale; in mancanza di disdetta inviata da una delle parti, salvo diversa pattuizione, il contratto si intende tacitamente prorogato per la durata di un anno, e così successivamente. Per i contratti di durata superiore ai 5 anni, il Contraente può recedere alla scadenza annuale e purché siano state pagate almeno 5 annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

Polizza Infortuni, Responsabilità Civile, Furto e Rapina, Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà, Rimborso spese mobilità, Assistenza e Tutela Legale per la mobilità allargata

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)



Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Active in Mobilità – Formula Persona e Formula Famiglia"

Data di aggiornamento: 06/2022– Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.; Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189,378 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685,044 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497,343 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278,148 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 536,901 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597,164 milioni di euro **(b)**
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065,471 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse garanzie offerte.

La Società risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente e dei limiti di indennizzo/risarcimento indicati nella scheda di polizza e/o nelle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: Danno estetico – La Società rimborsa le spese sostenute per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza fino alla concorrenza di 2.000,00 euro. Se l'intervento chirurgico è dovuto a un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso, il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla concorrenza di 5.000,00 euro.

Il prodotto ha natura modulare di contenuto variabile e il Contraente può scegliere quali Sezioni acquistare tra le seguenti, alcune principali che può comprare in modo autonomo e altre subordinate alla presenza di altra Sezione.

Sezione Infortuni

L'assicurazione è prestata, in relazione alla formula scelta dal Contraente al momento della stipula del contratto e indicata nella scheda di polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisce:

a. in qualità di conducente di:

- biciclette anche a pedalata assistita (e-bike). E' coperto anche l'eventuale bambino Assicurato, purchè trasportato in osservanza delle disposizioni di legge;
 - dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);

La garanzia comprende anche gli infortuni:

- durante la salita e la discesa dalla bicicletta o dal dispositivo per la micromobilità elettrica;
- in conseguenza delle operazioni effettuate, in caso di fermata accidentale, per provvedere a riparazioni di guasti sia della bicicletta che del dispositivo per la micromobilità elettrica o per i controlli resi necessari per la ripresa della marcia, oppure per spostare il veicolo dal flusso del traffico o reinserirlo nel flusso medesimo;

b. alla guida di apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike;

c. in qualità di conducente o trasportato di:

- tandem e riscio anche a pedalata assistita;
- ciclomotore e motocicli;
- autovetture ad uso privato, autocaravan / camper;
- autoveicoli per trasporto promiscuo, autocarri a pieno carico fino a 35 q.li e macchine agricole. Si intendono esclusi gli impieghi professionali;
- natanti ad uso privato o da diporto, esclusi i mezzi di locomozione subacquei;

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti:

- in occasione di guasti sopravvenuti al veicolo durante la sua circolazione o navigazione o nel tentativo di salvataggio del mezzo stesso e dei suoi passeggeri;
- in occasione di operazioni di rifornimento, riparazione e manutenzione del veicolo, sempre che l'evento si verifichi nell'ambito di stazioni di rifornimento e/o di servizio. Per questi eventi non opera l'Art. SI6 "Rinuncia al diritto di surrogazione";
- in occasione della salita e della discesa dal tandem o dal riscio;
- in conseguenza delle operazioni effettuate, in caso di fermata accidentale, per provvedere a riparazioni di guasti sia del tandem che del riscio o per i controlli resi necessari per la ripresa della marcia, oppure per spostare il veicolo dal flusso del traffico o reinserirlo nel flusso medesimo;
- in occasione delle operazioni rese necessarie, in caso di fermata della macchina agricola, per la ripresa della marcia nonché dalle operazioni di aggancio e sgancio di macchine operatrici e di attrezzi azionati dalla macchina agricola stessa.

d. in qualità di passeggero, di qualsiasi mezzo di trasporto pubblico (compresi natanti, seggiovie e funivie), compresi gli infortuni subiti nel salire o scendere dallo stesso;

e. in qualità di passeggero di aerei, durante i voli di linea regolari e i chartered entrambi eserciti da società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide World Wide - OAG"). Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso al momento in cui ne è disceso;

f. in qualità di pedone, investito da parte di veicoli siano essi azionati a motore o meno;

g. durante la pratica del nuoto a seguito di investimento provocato da qualsiasi imbarcazione o natante.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'annegamento;
- l'asfissia di origine non morbosa;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da colpa grave, nonché quelli derivanti da tumulti popolari, sommosse o da atti di terrorismo, a condizione che gli Assicurati non vi abbiano preso parte attiva (in deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile).

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Le garanzie di polizza sono estese agli Assicurati diversamente abili, con invalidità sensoriale o con invalidità motoria. La Società, in tali casi, corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Per quanto concerne l'Invalidità permanente da infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo con le seguenti modalità:

- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:
- per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
- per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Questa garanzia è valida solo se in occasione del sinistro viene presentata la certificazione medico legale rilasciata dalla Commissione sanitaria ASL o ULSS di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n° 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

Morte per infortunio

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o, se non sono specificatamente indicati, agli eredi in parti uguali.

Si richiamano i seguenti casi particolari

- Morte presunta: se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla pronuncia della sentenza di dichiarazione di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile; se dopo il pagamento dell'indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata;
- Commorienza del coniuge: se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con una maggiorazione del 50% (con il limite massimo di 200.000 euro) a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti; a favore di un figlio con handicap che abbia una invalidità di almeno il 60%

Invalidità permanente da infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

Si richiamano i seguenti casi particolari:

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Compagnia corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa possono dimostrare il diritto all'indennizzo consegnando la documentazione idonea.

Rimborso spese di cura per infortunio

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società assicura il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data in cui è accaduto il sinistro fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e applica, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato, uno scoperto del 10% con il minimo di 75,00 euro e il massimo di 250,00 euro.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute riguarda:

- Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
 - onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
 - esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale
 - tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica conseguenti all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponde una diaria sostitutiva.

Diaria sostitutiva	50 euro al giorno
Massimo	30 giorni per anno assicurativo

Limiti per trattamenti fisioterapici e rieducativi:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

- Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Rimborso massimo	50% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

Limiti per trattamenti fisioterapici e rieducativi:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

- Cure e protesi dentarie da infortunio
 - Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo

In caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura, la Società corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro 30 giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- 40 giorni per la frattura del bacino;
- 40 giorni per la frattura del femore;
- 40 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 20 giorni per la frattura completa della costola.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

I collari a strappo non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia.

L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione). Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

Indennizzo per ricovero o immobilizzo	Importo "Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo" indicato in polizza
Franchigia	Non prevista
Durata ricovero	Massimo 90 giorni per evento, 180 giorni per anno assicurativo
Durata immobilizzazione	Massimo 90 giorni per evento e per anno assicurativo

Sezione Responsabilità Civile Terzi (RCT) della vita privata e tempo libero

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per i danni involontariamente causati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento materiale di cose;

nell'ambito della vita privata e del tempo libero, compresi i rischi della proprietà e conduzione della dimora abituale nonché della conduzione di eventuali dimore saltuarie.

Si intendono in copertura le seguenti estensioni:

Addetti ai servizi domestici e collaboratori familiari

Relativamente agli addetti ai servizi domestici e collaboratori familiari in genere - colf, badanti, baby sitter e persone alla pari - la garanzia opera per:

- i danni provocati a terzi;
- i danni a cose di loro proprietà;
- la morte o per le lesioni personali gravi o gravissime (secondo l'Art. 583 CP) da loro subite durante lo svolgimento delle mansioni svolte per conto dell'Assicurato.

È escluso il personale addetto alla manutenzione di parchi, giardini, alberi e aree verdi.

Copertura (solo per lettera c.)	20% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero massimo di 500.000 euro per persona infortunata
Franchigia	indicata in polizza

Figli minori

L'assicurazione vale per i danni causati a terzi:

- dai figli minori dell'Assicurato o di un suo familiare ascendente o discendente, anche non convivente, in occasione dell'affidamento temporaneo e/o condiviso all'Assicurato. La garanzia opera anche nei casi in cui l'affidamento dei figli minori avviene da parte dell'altro genitore, non convivente con l'Assicurato e con esso non coniugato;
- dalla mancata sorveglianza di minori di terzi temporaneamente affidati all'Assicurato, purché tale attività non risulti svolta con carattere professionale o retribuita. La garanzia comprende le lesioni corporali subite dagli stessi minori;
- dai figli minori dell'Assicurato temporaneamente affidati a terzi o a un familiare ascendente o discendente, anche se non convivente, dell'Assicurato. La garanzia è estesa alla responsabilità civile del terzo per la sorveglianza e vigilanza momentanea sempreché l'affidamento avvenga a titolo gratuito e di cortesia;
- dai figli minori dell'Assicurato a seguito alla messa in moto e circolazione di veicoli senza i relativi requisiti di legge;
- da minori o da incapaci per legge a seguito di messa in circolazione/navigazione di veicoli a motore o natanti in violazione delle norme di abilitazione prescritte dalla legge. La garanzia opera a condizione che:
 - la messa in circolazione sia avvenuta all'insaputa delle persone assicurate che rispondono civilmente del fatto del minore o dell'incapace;
 - i veicoli, se di proprietà dell'Assicurato, risultino regolarmente garantiti per i rischi di responsabilità civile derivante dalla circolazione/navigazione.

Ricorso terzi da incendio da conduzione

Responsabilità per danni materiali e diretti cagionati a cose di terzi da incendio, fumo, esplosione, implosione o scoppio e conseguente sviluppo di gas, vapori e fumo che derivano da:

- conduzione dell'abitazione abituale e saltuaria;
- uso dei locali di villeggiatura e/o albergo, inclusi i danni al contenuto se di proprietà di terzi;
- attività di campeggio se svolta in aree regolarmente autorizzate.

La garanzia è estesa ai danni derivanti da interruzioni o sospensioni (totali o parziali) dell'utilizzo dei beni, nonché di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi.

Nel caso in cui questa copertura sia prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza

Copertura	50% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	Indicata in polizza

Spargimento di liquidi

Comprende i danni causati a terzi da spargimento di acqua, rigurgito di fogna o di altri liquidi per qualunque causa riconducibile alla conduzione delle abitazioni direttamente utilizzate dall'Assicurato e da persone del suo nucleo familiare. La copertura è valida anche per abitazioni e locali di terzi occupati temporaneamente/saltuariamente per motivi studio, viaggi o vacanze.

La garanzia vale anche per i danni causati a beni di ascendenti e discendenti dell'Assicurato non facenti parte del suo nucleo familiare, purché l'Assicurato non possieda parte dei beni stessi.

Copertura	20% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	Indicata in polizza

Inquinamento accidentale da fuoriuscita di liquidi

Comprende i danni da inquinamento causati da fuoriuscita di liquidi derivante da rottura improvvisa e accidentale, o altri fatti accidentali connessi alla conduzione, di impianti di riscaldamento o condizionamento, inclusi serbatoi e cisterne a servizio dell'Abitazione adibita a dimora abituale.

Copertura	20% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	Indicata in polizza

Animali domestici

Comprende i rischi derivanti da:

- proprietà, possesso e/o uso di animali domestici e da cortile, cavalli e altri animali da sella, compresi i cani e i gatti;
- affidamento temporaneo all'Assicurato degli animali domestici da parte di familiari non assicurati e altri soggetti terzi, purché l'affidamento sia effettuato a titolo gratuito e di cortesia;
- responsabilità delle persone alle quali l'Assicurato ha affidato temporaneamente la custodia dei suoi animali domestici sempreché la custodia non risulti un'attività retribuita e/o il custode non se ne serve.

Per i danni a persone dovuti ad aggressioni di cani, avvenute in contravvenzione all'Ordinanza del Ministero della Salute G.U. n° 209 del 06 settembre 2013 e sue successive modifiche o integrazioni, la garanzia opera con i seguenti limiti.

Copertura	50% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	500 euro

Droni

La garanzia opera per la responsabilità civile che derivi all'Assicurato dall'uso, esclusivamente per scopi ricreativi e/o sportivi, di SAPR – sistemi aeromobili a pilotaggio remoto (comunemente detti droni), di peso pari o inferiore ai 250 grammi, in conformità di quanto definito e disciplinato dal regolamento ENAC edizione 1 del 4 gennaio 2021 (comprese eventuali successive modifiche ed integrazioni).

La garanzia opera anche per l'uso di aeromodelli, esclusivamente per fini ludici e/o ricreativi, quando vengono utilizzati al di fuori degli ambiti organizzativi previsti dal sopra citato regolamento ENAC.

Copertura	20% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	indicata in polizza

Modellismo

È compresa la responsabilità civile dell'Assicurato per la pratica di modellismo svolto esclusivamente per scopi ricreativi e sportivi e in conformità delle specifiche leggi e regolamenti vigenti in materia.

Si intende compreso anche l'utilizzo di:

- aeromobili giocattolo;
- aeromodelli, esclusivamente nell'ambito di organizzazioni legalmente riconosciute per scopi ludico e sportivi;
- SAPR – sistemi aeromobili a pilotaggio remoto (comunemente detti droni) – di peso inferiore ai 250 grammi;

in conformità a quanto definito e disciplinato dal Regolamento ENAC ed. 1 del 4 gennaio 2021 (comprese eventuali successive modifiche ed integrazioni).

Copertura	20% del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero
Franchigia	indicata in polizza

Per i soli aeromodelli, qualora i rischi della presente garanzia siano coperti da altra polizza di responsabilità civile, la presente garanzia interviene solo:

- qualora tale polizza risulti non operante;
- oppure se operante, in eccedenza e dopo l'esaurimento di quanto da essa dovuto.

Mezzi non targati e veicoli

Vale per la responsabilità civile dell'Assicurato per i danni:

- derivanti da proprietà e uso di veicoli, roulotte, camper, autocaravan, carrelli trainabili e relative attrezzature per i danni che si verificano quando sono in sosta in aree private;
- causati in qualità di trasportato su veicoli a motore, se soggetto a rivalsa della Compagnia assicuratrice dell'RC Auto del guidatore. La garanzia vale per i danni ai veicoli sui quali sono trasportati gli Assicurati se la Compagnia del vettore si è rivalsa nei confronti dell'Assicurato.
- derivanti da proprietà e uso di mezzi non targati quali a titolo esplicativo e non esaustivo:
 - biciclette anche a pedalata assistita (e-bike);
 - dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);
 - apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike.

Committenza di lavori edili

L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di committente di lavori, ai sensi del D. Lgs n. 81/2008 in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, effettuati presso la dimora abituale, purché:

- risultino designati il responsabile dei lavori, il coordinatore per la progettazione e quello per l'esecuzione dei lavori, in possesso dei requisiti richiesti dalla legge per l'espletamento dei relativi incarichi;
- dall'evento siano derivati in capo al danneggiato la morte o le lesioni gravi o gravissime, così come definite dall'Art. 583 del Codice Penale;
- i lavori siano stati affidati ad imprese che esercitino regolarmente l'attività edile ed impieghino i propri prestatori di lavoro in conformità alla normativa vigente. Tale estensione di garanzia comprende l'eventuale responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per gli infortuni sul lavoro occorsi ai prestatori di lavoro dell'impresa esecutrice.

Nel caso in cui questa copertura sia prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza.

Sezione Furto e Rapina

La Società, nei limiti della somma assicurata complessiva indicata in polizza, indennizza i danni causati da furto e rapina ai seguenti mezzi non targati (elenco esaustivo) di proprietà dell'Assicurato:

- biciclette, anche a pedalata assistita (e-bike);
- dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);
- apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili, anche elettriche, handbike.

causati dagli eventi di seguito specificati:

- furto, sempreché il furto sia stato effettuato da parte di soggetti introdotti nei locali contenenti i mezzi in uno dei seguenti modi:
 - rottura o scasso delle difese esterne;
 - uso di chiavi false, di grimaldelli o di arnesi simili;
 - uso fraudolento di chiavi vere in caso di furto, scippo, rapina o smarrimento o sottrazione delle stesse agli Assicurati, o ad altri soggetti a cui siano state affidate. La garanzia è operante esclusivamente in presenza di denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria o di Polizia e fino alle ore 24 del settimo giorno dalla denuncia stessa;
 - scalata o per via diversa da quella ordinaria che richieda superamento di ostacoli o di ripari mediante impiego di mezzi artificiali (corde, scale o simili) o di particolare agilità personale;
 - in modo clandestino, ovvero all'insaputa del Contraente / degli Assicurati, purché l'asportazione della refurtiva sia avvenuta a locali chiusi, violandone le difese dall'interno;
 - in presenza di persone, anche se non vengano posti in essere i mezzi di protezione e chiusura;
- rapina od estorsione avvenuta nei locali contenenti i mezzi, anche nel caso in cui le persone sulle quali viene fatta violenza o minaccia vengano prelevate dall'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi.

La somma assicurata complessiva indicato in polizza si intende per sinistro ed anno assicurativo.

Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà

La Società assicura la corresponsione di un indennizzo nei limiti della somma assicurata complessiva indicata in Scheda di polizza, per il danno accidentale verificatosi a seguito di incidente durante la circolazione dei seguenti mezzi non targati, elenco esaustivo e non esemplificativo:

- biciclette anche a pedalata assistita (e-bike);
- dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);
- alla guida di apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike;

condotto dall'assicurato e di proprietà del medesimo, oppure dai componenti del suo nucleo familiare sia che sia stata acquistata la Formula Persona che la Formula Famiglia purché il danno sia esteriormente visibile e tale da pregiudicare il corretto funzionamento dello stesso.

L'indennizzo massimo indicato in scheda polizza si intende per sinistro ed anno assicurativo sia in caso di acquisto della Formula Persona che della Formula Famiglia.

La garanzia sarà operante a condizione che l'assicurato sia in grado di produrre:

- copia del verbale di accesso al pronto soccorso o altra struttura sanitaria attestante le dinamiche dell'incidente,
- preventivo di riparazione della bicicletta,
- nonché evidenza dell'attivazione della prestazione di Soccorso Stradale qualora intervenuto.

Rimborso spese della mobilità

Sono previste le garanzie di seguito elencate.

Rimborso franchigia servizi in sharing

La Società rimborsa all'Assicurato e ai componenti del suo nucleo familiare, sia che sia stata acquistata la Formula Persona che la Formula Famiglia, le spese, documentate con fatture, sostenute a titolo di franchigia a suo carico per furto, rapina e danni accidentali fino a un limite di 500 euro per ogni annualità assicurativa, ove lo stesso fosse alla guida di un mezzo non targato noleggiato tramite Servizio di Sharing nonché tramite Noleggio a Breve Termine, a patto che il Contraente abbia rispettato tutti gli obblighi sanciti dai termini e condizioni generali del noleggio.

Limiti	fino a 500 euro per annualità assicurativa
--------	--

È condizione essenziale ai fini dell'operatività della garanzia:

In caso di noleggio tramite Servizio di Sharing o Noleggio a Breve Termine:

- che il noleggio sia stato effettuato a nome del Contraente e lo stesso sia effettivamente alla guida del mezzo nel momento del verificarsi del Sinistro;
- che il Contraente sia abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, sia munito della prescritta patente, ed ottemperi agli obblighi dalla stessa indicati.

Rimborso biglietti mezzi di trasporto

La Società rimborsa al Contraente le maggiori spese sostenute, fino alla concorrenza del massimale di:

- 100 euro per ogni annualità assicurativa, per l'acquisto di biglietti di pullman o ferroviari;
- 200 euro per ogni annualità assicurativa, per l'acquisto di biglietti navali o aerei;

in sostituzione di quelli non utilizzati a causa di suo ritardo all'arrivo alla fermata del pullman, alla stazione ferroviaria, navale/portuale o aeroportuale di partenza in seguito alle circostanze imprevedibili ed oggettivamente documentabili di seguito riportate:

- incidente da circolazione del mezzo di trasporto utilizzato durante il tragitto verso la fermata del pullman, la stazione ferroviaria, navale/portuale o aeroportuale di partenza;
- blocco della circolazione, anche per avverse condizioni metereologiche, disposto dalle competenti autorità;
- un infortunio indennizzabile ai termini di polizza delle garanzie Morte o Invalidità Permanente da infortunio o Diaria da ricovero o immobilizzo:

Limiti per biglietti pullman o ferroviari Formula Persona Formula Famiglia	fino a 100 euro per annualità assicurativa fino a 250 euro per annualità assicurativa
Limiti per biglietti navali o aerei Formula Persona Formula Famiglia	fino a 200 euro per annualità assicurativa fino a 450 euro per annualità assicurativa

Rifacimento documenti

La Società rimborsa le spese sostenute e documentate per il rifacimento della documentazione riferita all'Assicurato e/o ai membri del suo nucleo familiare relativi a Carta d'Identità, Passaporto e Patente di guida, di autoveicoli e/o patente nautica, in caso di furto o rapina, incendio del mezzo non targato o di deterioramento a seguito di infortunio, fino al limite di:

Limiti per Formula Persona	fino a 100 euro per annualità assicurativa
Limiti per Formula Famiglia	fino a 300 euro per annualità assicurativa

Sezione Assistenza

Il Servizio di assistenza prevede le seguenti prestazioni:

- Recupero del mezzo di trasporto danneggiato;
- Rientro dell'Assicurato o proseguimento viaggio;
- Informazioni sanitarie e farmaceutiche;
- Consulenza medica telefonica;
- Invio di un medico generico o di un pediatra;
- Consulenza medico specialistica telefonica;
- Invio di un'ambulanza;
- Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato;
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato;
- Trasporto in autoambulanza dopo il ricovero di primo soccorso;
- Rientro sanitario;
- Trasporto della salma;
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero;
- Assistenza presso istituti di cura (veglie)
- Viaggio di un familiare;
- Assistenza per familiari non autosufficienti;
- Servizi sanitari a domicilio;
- Assistenza domiciliare integrata;
- Invio infermiere a domicilio;
- Invio fisioterapista a domicilio;
- Consegna farmaci presso l'abitazione;
- Invio medicinali, protesi e occhiali;
- Fornitura di attrezzature mediche;
- Consulenza per adeguamento abitazione a seguito di invalidità permanente;
- Autista a disposizione;
- Spesa a casa;

- Collaboratrice familiare;
- Invio baby sitter;
- Accompagnamento a scuola;
- Accompagnamento attività extrascolastiche;
- Interprete all'estero;
- Anticipo spese di prima necessità;
- Rimborso spese telefoniche documentate.

Sezione Tutela Legale

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale pattuito e delle condizioni previste in polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie per la tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente a un sinistro rientrante in garanzia.

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza (salvo quanto di seguito diversamente previsto). In caso di nolo o sharing su veicoli targati il massimale previsto è sempre pari a 50.000 euro per sinistro
Limiti	nessun limite per anno assicurativo

Vi rientrano le spese:

- di assistenza in sede stragiudiziale;
- per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del caso assicurativo;
- per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- di giustizia;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla DAS, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate dalla DAS;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- attinenti l'esecuzione forzata fino a due tentativi;
- per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli Organismi di Mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;
- per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

Inoltre, in caso di arresto, minaccia di arresto o di procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi ove la garanzia è operante, la Società assicura:


- le spese per l'assistenza di un interprete;
- le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento;
- l'anticipo della cauzione, disposta dall'Autorità competente. L'importo anticipato dovrà essere restituito alla Società entro 60 giorni dalla sua erogazione, trascorsi i quali la Società conteggerà gli interessi al tasso legale corrente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Infortunati – Franchigia B opzionale sull'invalidità permanente (3%)	<p>Sulla parte di somma assicurata fino a euro 500.000,00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 3 % della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>Sulla parte di somma eccedente euro 500.000,00:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.
Infortunati – Franchigia C opzionale sull'invalidità permanente (5%)	<p>Sulla parte di somma assicurata fino a euro 500.000,00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>Sulla parte di somma eccedente euro 500.000,00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Infortunati – Tabella INAIL di accertamento dell'Invalidità Permanente	<p>Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che verrà accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL".</p>
Infortunati - Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio	<p>In caso di infortunio dal quale derivi all'Assicurato una Invalidità Permanente superiore al 75% la Società rimborserà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio, finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fino ad un massimo di 30.000 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto. Le spese rimborsabili sono esclusivamente quelle sostenute per interventi previsti sugli immobili. Sono compresi anche gli eventuali costi di progettazione. - le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili. Le spese sono rimborsate fino ad un massimo di 10.000 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.
Infortunati – Franchigia A opzionale sull'invalidità permanente	<p>L'indennizzo sui primi 100.000,00 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia.</p> <p>Sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000,00 euro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>Sulla parte di somma eccedente euro 500.000,00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; - se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. <p>In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.</p>

	<p>Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:</p> <ul style="list-style-type: none"> franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.
Responsabilità civile terzi – R.C.O.	<p>La Società tiene indenne l'Assicurato, in regola al momento del sinistro con gli obblighi di legge, di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile dei casi di seguito descritti.</p> <p>1. INFORTUNI</p> <p>a. Sono in copertura gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti ai servizi domestici e assicurati ai sensi degli Articoli 10 e 11 del D.P.R. n° 1124 del 1965, compresi i lavoratori parasubordinati (Art. 5 del D.lgs. n° 38 del 2000);</p> <p>b. sono altresì in garanzia i danni non compresi nella disciplina del D.P.R. n°1124 del 1965 e del D.lgs. n°38 del 2000, subiti dai prestatori di lavoro indicati al punto a) per morte e lesioni personali da infortunio con conseguente invalidità permanente non inferiore al 5%.</p> <p>La garanzia vale anche per la surrogazione dell'INPS ai sensi dell'Art. 14 della L. n°222 del 1984.</p> <p>2. MALATTIE PROFESSIONALI</p> <p>La garanzia di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro è estesa alle malattie professionali indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n° 1124 del 30/6/1965, come risultano dall'elenco riportato dal D.P.R. 9 giugno 1975 n° 482 e successive modifiche e a quelle ritenute tali dalla Magistratura.</p>
Responsabilità civile generale – Armi e caccia	<p>La garanzia comprende l'esercizio della caccia e della pesca, anche subacquea, praticate con le modalità e nei limiti di legge. L'assicurazione è estesa ai rischi relativi a proprietà, detenzione e uso di armi, anche da fuoco, consentite da leggi e regolamenti, nel rispetto delle relative normative.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP sono previste le esclusioni di rischio per le Sezioni seguenti.</p> <p><u>Infortunati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo; verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); dovuti all'influsso di campi elettromagnetici; verificatisi in occasione di atti delittuosi dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni; derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni, non di regolarità pura, e nelle relative prove; derivanti dall'uso dei veicoli indicati all'Art. INF1 "Oggetto dell'assicurazione", se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione. Limitatamente alle autovetture, in caso di trasporto in soprannumero di non oltre due ragazzi di età inferiore ai 10 anni, l'assicurazione è operante proporzionalmente al rapporto tra il numero dei posti dell'autovettura ed il numero delle persone effettivamente a bordo del veicolo (compreso il conducente); guida in stato di alterazione, quali stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene secondo quanto previsto dal Codice della Strada; derivanti dall'uso di mezzi diversi da quelli indicati all'Art. INF1 "Oggetto dell'assicurazione", nonché di giostre e mezzi nei parchi divertimento, di scivole o skilift. <p>La garanzia non vale inoltre per:</p> <ul style="list-style-type: none"> gli infortuni verificatisi in occasione di esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che l'Assicurato o il Contraente provino che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi. Sono altresì esclusi eventuali danni, perdite, costi o spese - di qualsiasi natura - causati direttamente e indirettamente, risultanti da, derivanti da, o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno,

che possa aver contribuito a provocare il sinistro;

- le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- gli infortuni subiti da persone di professione autisti, conducenti e personale viaggiante, venditori ambulanti o che effettuano le consegne a domicilio dei pasti, che utilizzano di mezzi di trasporto previsti in contratto, durante l'esercizio delle loro attività professionali;
- gli infortuni verificatisi durante la pratica di sport professionistico o di attività sportive e relative gare e allenamenti non professionistiche ma che prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- sport estremi e di sport acrobatici con uso del mezzo (quali a titolo esemplificativo: freeride, slopestyle, downhill, BMX acrobatico, ecc..)

L'assicurazione non è operante per gli infortuni accaduti in seguito all'utilizzo di biciclette e dispositivi per la micromobilità elettrica:

- se si tratta di veicoli con potenza massima nominale del motore elettrico superiore al limite massimo consentito;
- se la velocità è superiore al limite massimo consentito;
- su strade, percorsi o aree ove non è consentita la circolazione;
- in genere se la circolazione avviene in violazione delle disposizioni normative previste comprese quelle territoriali e comunali;
- per uso professionale (per esempio la consegna a domicilio).

Responsabilità civile

Sono esclusi i danni derivanti da:

- proprietà delle dimore saltuarie di beni immobili;
- esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale o industriale;
- precarie condizioni di statica e manutenzione di tutti i fabbricati gestiti dall'Assicurato;
- lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
- spargimento d'acqua, rigurgito di fogne o liquidi in genere provocati dall'Assicurato in qualità di proprietario e/o di conduttore dell'Abitazione, salvo quanto previsto al punto 4 dell'Art. RCT2 "Rischi assicurati";
- inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo, salvo quanto previsto all'Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 5. "Inquinamento accidentale da fuoriuscita di liquidi";
- incendio a cose, salvo quanto previsto all'Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 3. "Ricorso terzi da Incendio della conduzione";
- furto;
- pratica di attività mediche o infermieristiche, a qualsiasi titolo;
- interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi - salvo quanto previsto all'Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 3. "Ricorso terzi da Incendio da conduzione";
- atti dolosi delle persone assicurate, salvo il fatto doloso di persone delle quali gli Assicurati debbano rispondere ai sensi di legge;
- proprietà, detenzione e uso di armi e l'esercizio dell'attività venatoria, salvo quanto previsto all'Art. RCT4 "Armi e caccia";
- impiego o detenzione di esplosivi; sono esclusi i prodotti pirotecnici in libera vendita secondo norma di legge;
- umidità, stillicidio, insalubrità dei locali;
- alla salute, causati da tabacco, muffe tossiche, campi elettromagnetici;
- prodotti geneticamente modificati (OGM);
- asbesto, o da qualsiasi altra sostanza che lo contiene in qualunque forma o misura, con danni di qualsiasi natura e comunque occasionati, direttamente o indirettamente, derivanti, se pure in parte;
- proprietà, circolazione e impiego di veicoli e natanti a motore soggetti alla disciplina del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. n°209 del 2005 e successive modifiche e integrazioni), aeromobili, salvo quanto previsto all' Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 2. "Figli minori", lettera d) e punto 9. "Mezzi non targati e Veicoli";
- uso di aeromobili e imbarcazioni con lunghezza superiore a 10 metri;
- proprietà e uso a qualsiasi titolo di modelli e droni salvo quanto previsto all'Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 7 "Droni" e punto 8 "Modellismo";
- partecipazione a competizioni, gare, allenamenti di qualsiasi sport se svolto a livello professionistico o con forma di remunerazione ricorrente, tanto da costituire fonte primaria di reddito;
- pratica di:
 - qualunque sport se non praticato a titolo di diletto o svago;
 - sport ad alto rischio come: alpinismo con scalate di roccia o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di monaco, salto dal trampolino, free-climbing, discesa di rapide;
 - sport motoristici e sport d'acqua con mezzi a motore;

- pugilato, lotta e arti marziali in genere, rugby, tiro con l'arco, football americano;
- soft air e sport di guerra simulata;
- sport aerei in genere, parapendio, paracadutismo;
- malfunzionamento, indisponibilità, impossibilità di usare o accedere a dati, software o programmi per computer e i conseguenti danni da interruzione d'esercizio;
- diretti e indiretti, propri o a terzi, causati direttamente o indirettamente, in tutto o in parte:
 - da atti dolosi "cyber", cioè condotti per il tramite di un computer, un sistema informatico, un sistema elettronico di comunicazioni, un virus o un malware, un processo o qualsiasi altro sistema informatico o elettronico;
 - da qualsiasi accesso a, o rivelazione di informazioni personali identificabili, o informazioni confidenziali su individui o società, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo: brevetti, segreti commerciali, metodi di produzione, liste di clienti, informazioni finanziarie, carte di credito e di debito e qualsiasi altro tipo di informazione non pubblica;
 - da alterazione di dati software, in particolare qualsiasi modifica penalizzante di dati, software o programmi per computer a seguito di cancellazione, manipolazione o sconvolgimento della struttura originaria e conseguenti danni da interruzione d'esercizio;
- atti di guerra anche civile, insurrezioni, operazioni militari;
- emanazione di calore, radiazioni, esplosioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche - direttamente o indirettamente.

Sono infine esclusi i danni:

- cagionati alle cose in consegna o custodia, o detenute a qualsiasi titolo o scopo;
- subiti o provocati da persone in rapporto di dipendenza o collaborazione anche occasionale con l'Assicurato, se derivanti da servizi o lavori svolti per suo conto, salvo quanto previsto dall'Art. RCT2 "Rischi Assicurati", punto 1. " Addetti ai servizi domestici e collaboratori familiari" e dall'Art. RCT3 "Responsabilità Civile verso prestatori d'opera (RCO)";
- di natura punitiva per eventi verificatisi negli Stati Uniti d'America o in Canada.

ESCLUSIONI DI SPESE

La Società non risarcisce:

- i maggiori oneri derivanti dalla responsabilità civile solidale dell'Assicurato con altri soggetti;
- le spese per multe, ammende e sanzioni in genere, nonché le spese di giustizia.

Furto e Rapina

Sono esclusi i danni:

- avvenuti in occasione di circostanze quali tumulti popolari, scioperi, sommosse civili, atti di terrorismo o sabotaggio;
- verificatisi in occasione di eventi quali incendio, esplosione anche nucleare, implosione, scoppio, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura
- di qualsiasi natura causati direttamente o indirettamente, risultanti da, derivanti da o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
- commessi o agevolati con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- commessi od agevolati con dolo o colpa grave da:
 - persone occupanti i locali ove presente i mezzi non targati;
 - persone del Nucleo familiare dell'Assicurato;
 - persone delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere;
 - incaricati non a titolo oneroso della sorveglianza delle cose stesse o dei locali che le contengono;
 - dipendenti dell'Assicurato;
- indiretti (ad esempio profitti sperati, mancato godimento o uso, spese peritali);
- causati alle cose assicurate da incendi, esplosioni o scoppi;
- avvenuti quando i locali contenenti i beni assicurati rimangono per più di 45 giorni consecutivi incustoditi; in tal caso l'assicurazione è sospesa a decorrere dal 46° giorno;
- i danni da furto avvenuti quando non esistano i mezzi di protezione e chiusura di cui all'Art. F6 "Caratteristiche per i mezzi di chiusura e dei locali" o gli stessi, in assenza di persone, non siano operanti;
- commessi attraverso le luci delle inferriate senza effrazione delle relative strutture;
- i danni causati al contenuto dei locali ove sono riposti i mezzi non targati, per commettere o tentare di commettere il furto, la rapina o l'estorsione;

- i danni causati dai ladri, al solo scopo di commettere o tentare il furto, la rapina o l'estorsione, alle parti di locali ed agli infissi posti a riparo e protezione degli accessi ed aperture dei locali stessi (compreso il loro furto), agli impianti di protezione e di allarme, ivi comprese camere di sicurezza e corazzate e le rispettive porte;
- i danni da furto parziale o sottrazione parziale (anche a seguito di rapina o estorsione) di parti dei mezzi non targati;
- i danni ai mezzi non targati utilizzati per sport estremi (quali a titolo esemplificativo: freeride, slopestyle, downhill);
- da furto, rapina od estorsione, qualora i mezzi non targati siano posti all'aperto

Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà

La Società non indennizza i danni:

- causati con dolo o colpa grave dall'assicurato o dal coniuge o convivente more-uxorio, figli o genitori o di qualsiasi altra persona che abiti regolarmente al domicilio dell'assicurato, come risultante da stato di famiglia;
- conseguenti a deperimento, logoramento, corrosione, ossidazione, deterioramento, erosione, arrugginimento, incrostazione, usura in genere, dei mezzi non targati, che siano conseguenza naturale dell'uso o funzionamento o causati dagli effetti graduali degli agenti atmosferici;
- agli accessori installati sui mezzi non targati;
- da usura dei componenti qualunque ne sia la causa che originino mancato funzionamento, guasto;
- di natura estetica che non compromettano la funzionalità dei mezzi non targati (ad esempio rigature, graffi e scalfiture);
- da cause delle quali deve rispondere, per legge o per contratto, il fornitore, il venditore o il locatore dei mezzi non targati;
- da difetti imputabili a cause di origine interna, vizi di fabbricazione e vizi occulti;
- da difetti noti all'assicurato;
- coperti dalla garanzia del costruttore e/o del distributore;
- oggetto di campagna di richiamo da parte del costruttore;
- causati o derivanti dal mancato rispetto delle istruzioni di utilizzo o dalle avvertenze del costruttore;
- da modifiche delle caratteristiche di origine dei mezzi non targati che causino il mancato funzionamento degli stessi;
- da mancata o inadeguata manutenzione;
- verificatisi in conseguenza di montaggi e smontaggi, manutenzione;
- dal mancato godimento od uso dei mezzi non targati sottratti o danneggiati o di altri eventuali pregiudizi/perdite finanziarie;
- da furto dei mezzi non targati lasciati all'aperto e/o incustoditi, nonché tutti i danni da furto;
- da smarrimento o dimenticanza dei mezzi non targati, anche se causati da forza maggiore;
- verificatisi in occasione di atti di guerra dichiarata o non, occupazione o invasione militare, requisizione, nazionalizzazione, confisca, pignoramento, guerra civile, rivoluzione, insurrezione, sequestri e/o ordinanze di governo o autorità, anche locali, sia di diritto che di fatto; si precisa che non sono considerati "atti di guerra o insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni;
- verificatisi in occasione di mareggiate, maree e penetrazione di acqua marina, maremoto, eruzioni vulcaniche;
- verificatisi in occasione di terremoto, inondazione, alluvione, allagamento;
- verificatisi in occasione di esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provocate da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; ogni altro tipo di danno, perdita, costo o spesa, di qualsiasi natura, causato direttamente o indirettamente, risultante da, derivante da o connesso a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
- verificatisi in occasione di sport estremi con uso del mezzo (quali a titolo esemplificativo: freeride, slopestyle, downhill).

Rimborso spese mobilità

Rimborso franchigia servizi in sharing:

La garanzia, in caso di guida di Bikesharing, è limitata ad incidenti occorsi con veicolo individuato soggetto alla RC obbligatoria per legge, comprovati da verbale delle Autorità intervenute.

Fatto salvo quanto sopra previsto, la garanzia non opera ove il Contraente sia ritenuto responsabile per qualsiasi altro danno o perdita causato al mezzo, agli accessori o a parti dello stesso (compresi, a titolo

esemplificativo ma non esaustivo, i costi di perizia, rimorchio, la rottura/perdita delle chiavi, contaminazione del carburante, danni causati da negligenza del guidatore e qualsiasi danno o perdita occorso a seguito di attività criminali).

Restano comunque esclusi i danni che siano conosciuti dall'Assicurato o, i danni che siano preesistenti e/o visibili prima del noleggio.

Per le garanzie "Rimborso biglietti mezzi di trasporto" e "Rifacimento documenti"

sono esclusi i danni:

- verificatisi in conseguenza di atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, vandalismo, occupazioni militari, invasioni;
- verificatisi in conseguenza di esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in conseguenza di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- causati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato, delle persone con lui conviventi, dei suoi dipendenti o delle persone che hanno in consegna l'autoveicolo;
- nel caso di autoveicolo guidato da persona in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;
- verificatisi durante la partecipazione a gare e competizioni sportive, alle relative prove ufficiali ed alle verifiche preliminari e finali previste dal regolamento particolare di gara;
- cagionati da cose od animali trasportati sull'autoveicolo, nonché da operazioni di carico e scarico;
- occorsi durante la circolazione fuori strada;
- conseguenti a deperimento e/o vizio proprio dell'autoveicolo assicurato.

Inoltre, la garanzia rimborso spesa biglietti mezzi pubblici non è operativa in caso di danni subiti dall'autoveicolo in conseguenza di traino (attivo o passivo).

Assistenza

Sono esclusi dalle prestazioni i sinistri causati o dipendenti dai casi sotto indicati:

1. dolo dell'Assicurato;
2. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
3. malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;
4. le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
5. suicidio o tentato suicidio;
6. infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
7. infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. espianto e/o trapianto di organi;
9. uso del mezzo di mobilità per attività sportiva professionale;
10. ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;
11. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
13. nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto.

Il diritto all'erogazione delle prestazioni di assistenza decade nel caso in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro. Se l'assicurato non usufruisce di uno o più prestazioni di assistenza, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

Tutela Legale

Esclusioni: Spese

- spese, anche preventivate, non concordate con D.A.S., secondo le regole previste ai successivi Art. STL4 "Gestione del sinistro" e Art. STL2 "Quali obblighi ha l'assicurato";
- spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'Assicurato a professionisti diversi da quelli autorizzati da D.A.S.;
- spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che, per l'esecuzione dell'incarico ricevuto, deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale;
- onorari per l'intervento di ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se l'assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, la Compagnia, oltre alle spese del legale incaricato, sostiene o rimborsa gli onorari

	<p>di un legale domiciliatario fino a un massimo di 3.000 euro, esclusa però ogni duplicazione di onorari;</p> <ul style="list-style-type: none"> • spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'Assicurato secondo il principio di solidarietà (Art. 1292 del Codice civile); • spese rimborsate dalla controparte. Se tali spese sono state anticipate da D.A.S., l'Assicurato deve restituirle entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto il rimborso; • spese per l'esecuzione forzata di un titolo esecutivo oltre il secondo tentativo; in ogni caso sono escluse le spese diverse da quelle legali, peritali e processuali (come per esempio gli oneri per reperire la documentazione per l'istanza di vendita, le spese del notaio incaricato alla vendita o le spese per l'attività di pignoramento); • spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se tale controversia si conclude con una transazione non concordata con D.A.S.; • il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; • gli oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA non detraibile per l'Assicurato esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo; • in caso di arresto, minaccia di arresto o di procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi dove la garanzia opera, delle spese per l'assistenza di un interprete; delle spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento; anticipi della cauzione disposta dall'autorità competente per importi superiori al massimale di polizza. <p>Le garanzie non operano per i sinistri relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo; • materia fiscale/tributaria e materia amministrativa salvo dove espressamente previsto ai punti 5 e 6 dell'articolo TL3 "Ambito e Garanzie"; • sanzioni amministrative il cui valore, al netto degli oneri accessori, è inferiore a 200 euro; • vertenze contrattuali con valore in lite inferiore a 200 euro salvo la prestazione di consulenza legale telefonica; • mezzi a motore targati di proprietà. <p>La garanzia è esclusa inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il conducente non è in possesso dei requisiti o non è abilitato alla guida secondo la normativa vigente, oppure guida il mezzo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o non ottempera agli obblighi stabiliti in patente; se tuttavia il conducente non ha ancora ottenuto la patente, pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida, o è munito di patente scaduta, ma ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i 60 giorni successivi al sinistro, la garanzia diventa operante; tale esclusione opera solo per il Conducente Assicurato; • in caso di imputazione per guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 187 Codice della Strada), ovvero qualora siano state applicate le sanzioni previste ai suddetti articoli, o nei casi di inosservanza agli obblighi di cui all'art. 189 Codice della Strada (fuga e/o omissione di soccorso), le garanzie di polizza a suo favore sono sospese e condizionate alla successiva assoluzione o proscioglimento con decisione passata in giudicato; • se il mezzo non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria della Responsabilità Civile ove previsto dalla legge; tale esclusione opera solo per il proprietario del veicolo; • se il mezzo è usato in difformità da immatricolazione o destinazione d'uso; tale esclusione opera solo per il conducente del mezzo; • per gare e competizioni sportive.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si indicano di seguito le ulteriori limitazioni di copertura delle Sezioni.

Infortuni e malattie

Morte per infortunio

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale è maggiorato del 50%, con un limite massimo di 200.000 euro. Nel caso in cui la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di 200.000 euro.

Invalidità Permanente per infortunio

Per la garanzia "Invalidità Permanente da infortunio" è prevista l'applicazione di una franchigia:

- indennizzo sui primi 50.000 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di franchigia, sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000 euro di somma assicurata, franchigia assoluta 3%, sull'eccedenza della somma di 500.000 euro, franchigia 10% assoluta) – soluzione proposta di default;
In alternativa:
- indennizzo sui primi 100.000 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di franchigia, sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000 euro di somma assicurata, franchigia assoluta 3%, sull'eccedenza della somma di 500.000 euro, franchigia 10% assoluta);
In alternativa:
- sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro, franchigia assoluta 3%, sull'eccedenza della somma di 500.000 euro, franchigia 10% assoluta);
In alternativa:
- sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro, franchigia assoluta 5%, sull'eccedenza della somma di 500.000 euro, franchigia 10% assoluta);

Per qualsiasi soluzione scelta, nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

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

Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio

- Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale
Limite per trattamenti fisioterapici, rieducativi, cure termali: 30% della somma assicurata.
Diaria sostitutiva in assenza di spesa per ricoveri ospedalieri: 50 euro al giorno, massimo 30 giorni per anno assicurativo
- Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale
Massimo 50% della somma assicurata.
Limite per trattamenti fisioterapici, rieducativi, cure termali: 30% della somma assicurata.
- Cure e protesi dentarie da infortunio: 30% della somma assicurata per persona per sinistro e per anno assicurativo.

Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo

La durata massima dei giorni indennizzabili in caso di ricovero è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- 40 giorni per la frattura del bacino;
- 40 giorni per la frattura del femore;
- 40 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 20 giorni per la frattura completa della costola.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Persone con disabilità

Le garanzie di polizza sono estese agli Assicurati diversamente abili, con invalidità sensoriale o con invalidità motoria. La Società, in tali casi, corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Per quanto concerne l'invalidità permanente da infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo con le seguenti modalità:

- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:
- per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
- per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di

un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Questa garanzia è valida solo se in occasione del sinistro viene presentata la certificazione medico legale rilasciata dalla Commissione sanitaria ASL o ULSS di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n° 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

Danno estetico

Fino alla concorrenza di 2.000 €, per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Nel caso l'intervento chirurgico sia dovuto ad un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla concorrenza di 5.000 €.

Responsabilità civile

Relativamente all'estensione 1. ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E COLLABORATORI FAMILIARI dell'art. RC2 "Rischi assicurati", è escluso il personale addetto alla manutenzione di parchi, giardini, alberi e aree verdi.

Relativamente all'estensione 3. RICORSO TERZI DA INCENDIO DA CONDUZIONE dell'art. RC2 "Rischi assicurati", nel caso in cui questa copertura sia prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza.

Relativamente all'estensione 7. DRONI dell'art. RC2 "Rischi assicurati", sono esclusi i danni:

- causati da droni non in regola con regolamenti, norme di sicurezza o di esercizio, o con le istruzioni;
- verificatisi mentre il drone si trova fuori del controllo visivo e diretto dell'assicurato;
- verificatisi in occasione di voli effettuati per tentativi di primato, gare e competizioni di ogni genere e delle relative prove preparatorie;
- causati a cose che l'Assicurato abbia in custodia a qualsiasi titolo o destinazione.

Relativamente all'estensione 10. COMMITTENZA DI LAVORI EDILI dell'art. RC2 "Rischi assicurati", nel caso in cui questa copertura sia prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza.

Relativamente alla garanzia aggiuntiva dell'art. RCT3 "Responsabilità civile prestatori d'opera RCO", sono escluse, comunque e in ogni caso, le seguenti malattie: asbestosi, silicosi, ipoacusie conclamate e la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione inoltre non vale per:

- i prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata;
- le malattie professionali conseguenti ad intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge od alla intenzionale mancata prevenzione del danno per omissioni nelle riparazioni o negli adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni sino al momento in cui l'Assicurato, per porre rimedio alla situazione, intraprenda accorgimenti ragionevolmente idonei ad evitare il ripetersi del danno in rapporto alle circostanze;
- le malattie professionali che si manifestano dopo 12 (dodici) mesi dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA O SCOPERTO
ART. RCT2 RISCHI ASSICURATI		
Danno generico	massimale indicato in polizza	indicata in polizza
Punto 1. Addetti ai servizi domestici e collaboratori familiari lettera c. morte o lesioni personali	nel limite del 20% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero max. 500.000 euro per persona infortunata	indicata in polizza
Punto 4. Spargimento di liquidi – RC della conduzione	nel limite del 20% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	Indicata in polizza
Punto 5. Inquinamento accidentale da fuoriuscita di liquidi	nel limite del 20% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	Indicata in polizza
Punto 6. Animali domestici Per soli danni fisici a persone da aggressioni di cani e mancata osservanza degli obblighi di legge	nel limite del 50% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	500 euro

Punto 3. Ricorso terzi da Incendio della conduzione	nel limite del 50% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	
Punto 7. Droni	nel limite del 20% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	indicata in polizza
Punto 8. Modellismo	nel limite del 20% del massimale di Responsabilità Civile della vita privata e del tempo libero	indicata in polizza

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA O SCOPERTO
(Garanzia aggiuntiva) ART. RCT3 RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (RCO)		
Infortuni e Malattie Professionali	nel limite del 60% del massimale di Responsabilità Civile della Vita Privata e del tempo libero	Franchigia 5% su Invalidità permanente da infortunio

Furto e Rapina

Le garanzie della presente sezione operano con l'applicazione di uno scoperto pari al 10% con il minimo di 100 euro, salvo diverso scoperto indicato in polizza.

Se i mezzi di protezione o chiusura non sono conformi a quelli sopra indicati, in caso di sinistro verrà applicato uno scoperto del 20% sull'importo liquidabile a termini di polizza.

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA O SCOPERTO
ART. F6 CARATTERISTICHE PER I MEZZI DI CHIUSURA DEI LOCALI		
Per i mezzi di protezione o chiusura non sono conformi a quelli sopra indicati.		Scoperto 20%

Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà

Le garanzie della presente sezione operano con l'applicazione di una franchigia di 100 euro.

Rimborso spese della mobilità

La garanzia Rimborso franchigia servizi in sharing, in caso di guida di Bikesharing, è limitata ad incidenti occorsi con veicolo individuato soggetto alla RC obbligatoria per legge, comprovati da verbale delle Autorità intervenute.

Fatto salvo quanto sopra previsto, la garanzia non opera ove il Contraente sia ritenuto responsabile per qualsiasi altro danno o perdita causato al mezzo, agli accessori o a parti dello stesso (compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i costi di perizia, rimorchio, la rottura/perdita delle chiavi, contaminazione del carburante, danni causati da negligenza del guidatore e qualsiasi danno o perdita occorso a seguito di attività criminali).

Restano comunque esclusi i danni che siano conosciuti dall'Assicurato o, i danni che siano preesistenti e/o visibili prima del noleggio.

Tutela Legale

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA O SCOPERTO
ART. TL1 OGGETTO DELLA GARANZIA		
Ambito Vita privata e tempo libero	limite di 50.000 euro per l'utilizzo di mezzi a nolo o sharing targati	Non prevista
ART. TL7 LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI		
Vertenze contrattuali	valore in lite inferiore a 200 euro	non prevista
Sanzioni amministrative	il cui valore, al netto degli oneri accessori, è inferiore a 200 euro	non prevista
Legale domiciliatario	fino a un massimo di 3.000 euro per sinistro	non prevista



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

Infortuni

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per Furto e rapina e Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà

Il Contraente e/o l'Assicurato devono:

- Fare il possibile per evitare che il danno si aggravi.
 - In particolare in caso di furto, scippo, rapina, estorsione, truffa,
 - attivarsi per recuperare i beni sottratti adottando e predisponendo, se opportuno, i mezzi strettamente necessari atti a conservare e custodire i beni illesi e quelli parzialmente danneggiati fino al primo sopralluogo del perito incaricato dalla Società e comunque per un periodo non superiore a 30 giorni dalla data del primo avviso.
- Conservare le tracce del sinistro:
 - fino al primo sopralluogo del perito incaricato dalla Società;
 - per un periodo non superiore a 30 giorni dalla data del primo avviso
- Mettere a disposizione della Società o del perito incaricato tutti gli elementi e documenti ritenuti utili e necessari in suo possesso.
 - In caso non fossero immediatamente disponibili, quelli ragionevolmente acquisibili per agevolare le indagini e le verifiche del danno, come ad esempio:
 - documenti di acquisto, fatture, ricevute fiscali...
 - registri,
 - fotogrammi,
 - dichiarazioni testimoniali.
- Attivarsi per facilitare le indagini e gli accertamenti che la Società ed i Periti ritenessero necessario esperire presso terzi;
- Dare dimostrazione del valore del mezzo non targato;
- Denunciare la distruzione o la sottrazione di eventuali titoli di credito:
 - anche al debitore,
 - tempestivamente e nel più breve tempo possibile;
 - e intraprendere, se possibile, la procedura di ammortamento.

Responsabilità civile

Il Contraente e/o l'Assicurato devono:

- comunicare tempestivamente notizie, domande o azioni avanzate dal danneggiato o dagli aventi diritto;
- mettere a disposizione della Società o del perito incaricato tutti gli elementi e documenti ritenuti utili e necessari in suo possesso o, se non immediatamente disponibili, ragionevolmente acquisibili per agevolare le indagini e le verifiche del danno;
- astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi prima consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati;
- trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario notificato a lui o a un componente del suo nucleo familiare;
- collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;
- produrre la documentazione in suo possesso o, se non immediatamente disponibile, ragionevolmente da lui acquisibile;
- comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, se la procedura giudiziale lo prevede o se la sua comparizione in giudizio è ragionevolmente ritenuta utile e necessaria dalla Società per la difesa.

Se il Contraente / l'Assicurato non adempie a questi obblighi, la Società può non assumerne la difesa.

Rimborso spese mobilità

Entro 10 (dieci) giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato ed una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Per la garanzia Rimborso biglietti mezzi di trasporto:

- la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società da parte del Contraente della seguente documentazione:
 - copia del biglietto, deli pullman, treno, nave o aereo, che attesta la prenotazione del viaggio non effettuato, con indicazione dell'orario e luogo di partenza previsto;
 - documentazione oggettivamente provante la causa della perdita del pullman, del treno, della nave o dell'aereo, che attesti le circostanze imprevedibili rientranti in copertura o l'infortunio indennizzabile ai termini di polizza;
 - copia del nuovo titolo di viaggio acquistato per raggiungere il luogo di destinazione finale.

Per la garanzia Rifacimento Documenti:

- la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società da parte del Contraente della seguente documentazione:
 - copia della denuncia alle Autorità attestante il furto, la rapina o l'incendio che ha portato la perdita dei documenti di Carta d'Identità, Passaporto o Patente di guida;
 - documentazione comprovante le spese sostenute per il rifacimento di Carta d'Identità, Passaporto o Patente di guida.

Per la garanzia Rimborso franchigia servizi in sharing:

- la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società, da parte del Contraente, dei seguenti documenti:
 - copia della documentazione comprovante l'attivazione del noleggio e il pagamento della franchigia;
 - copia del verbale delle Autorità intervenute in caso di incidente (nel solo caso del Bikesharing).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie.

Tutela legale

Per richiedere le prestazioni previste, l'Assicurato deve segnalare tempestivamente l'accaduto a D.A.S. chiamando il numero verde 800- 572572 attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00.

DAS raccoglie la richiesta (denuncia di sinistro), indica i documenti necessari per attivare la garanzia in funzione della tipologia di evento accaduto, fornisce tutte le informazioni sulle modalità di gestione del caso e rilascia un numero identificativo della pratica.

Tutta la documentazione deve essere regolarizzata a spese dell'Assicurato, se previsto dalle norme fiscali di bollo e di registro.

Per potersi validamente avvalere delle prestazioni previste, l'Assicurato deve far pervenire tempestivamente a D.A.S. copia di ogni ulteriore atto o documento arrivato dopo la denuncia di sinistro e ogni notizia utile alla gestione del suo caso.

In caso di procedimento penale l'Assicurato deve denunciare il sinistro quando ha inizio l'azione penale o comunque nel momento in cui ha avuto notizia di coinvolgimento nell'indagine penale.

Assistenza

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Organizzativa, che opera 24 ore su 24, al numero verde 800 572 572 oppure al numero 02 2412 8570 preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero. Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare una mail al seguente indirizzo:


assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- motivazione della richiesta / circostanza del rischio;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

	<p>Assistenza diretta/in convenzione: non presente</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei sinistri <u>Tutela Legale</u> La gestione dei sinistri TUTELA LEGALE è affidata dalla Società a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona (VR).</p> <p>La gestione delle prestazioni di <u>Assistenza</u> sono fornite da IMA Servizi S.c.a.r.l., Società di Servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI).</p> <p>Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto all'assicurato il risarcimento dei propri danni o ha promosso contro di questo l'azione.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Obblighi dell'impresa	<p><u>Furto e Rapina, Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà</u> Denuncia del sinistro: la Società si impegna a esaminare la pratica entro 60 giorni dal ricevimento, per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori. Liquidazione del sinistro: verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa (se non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'articolo 2742 c.c. e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato).</p> <p><u>Infortuni e Responsabilità Civile</u> Dalla data di ricevimento della denuncia di sinistro la Società si impegna a esaminare la pratica entro il termine di 60 giorni per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori. Dal ricevimento di tutta la documentazione completa, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro il termine di 30 giorni, sempreché non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'articolo 2742 c.c. e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.</p> <p><u>Rimborso spese mobilità</u> La Società verifica l'indennizzabilità entro 45 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 45 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa. In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi, una volta in possesso dell'atto notorio. La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 45 giorni.</p> <p><u>Tutela Legale</u> Nell'erogazione delle prestazioni, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutate le spese sostenute dall'assicurato, D.A.S. entro 30 giorni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paga l'indennizzo; • comunica i motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato. <p><u>Assistenza</u> La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	E' previsto il frazionamento del premio semestrale senza aumento del premio imponibile.

Rimborso	La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.
-----------------	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si precisa quanto segue.</p> <p>Infortuni La garanzia ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.</p> <p>Furto e Rapina Fermo quanto previsto dall'Art. CG2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", disciplinante il giorno di effetto dell'assicurazione, le garanzie della presente sezione decorrono dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.</p> <p>Tutela Legale Sono coperti i sinistri, ossia gli eventi descritti nel successivo Art. STL5 "Quando avviene il sinistro", avvenuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trascorsi 90 giorni dalla stipulazione dei contratti, se si tratta di controversie di natura contrattuale; dalle ore 24.00 del giorno di stipulazione della polizza, negli altri casi.
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone e alle famiglie che desiderano tutelarsi dagli infortuni che possono verificarsi quotidianamente in qualità di trasportato/passeggero o pedone, e di conducente di qualsiasi mezzo compresi i dispositivi per la micromobilità elettrica. Il prodotto può essere esteso anche a copertura delle esigenze di protezione dei mezzi non targati e/o del patrimonio personale degli assicurati e prevede servizi di assistenza. Il prodotto è sottoscrivibile anche da contraenti persone giuridiche.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	24,75 %
----------------	---------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n°16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it</p> <p>Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente, numero di polizza e nominativo del Contraente, numero e data del sinistro, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale</i></p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Furto e Rapina, Danni accidentali ai mezzi non targati di proprietà L'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le parti, anche con l'ausilio di tecnologie connesse. Ogni parte può richiedere di demandare la determinazione del danno a un collegio di periti (come indicato all'Art. SFRD7 "Come agiscono i periti"). La valutazione del danno dovrà essere comunque svolta secondo i criteri evidenziati garanzia per garanzia, determinando il danno separatamente per ogni singolo bene assicurato. Per quantificare il danno indennizzabile, sull'ammontare complessivo del danno calcolato secondo quanto indicato all'Art. SFRD4304 "Come valutare il danno al mezzo non targato di proprietà", per ogni sinistro vengono applicati gli scoperti, le franchigie e i limiti di indennizzo indicati in polizza.</p> <p>Infortunati e Rimborso spese mobilità Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere 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 lo ritiene opportuno, 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, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Resta fermo il diritto dell'assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.</p> <p>Tutela Legale In caso di conflitto di interessi o di disaccordo tra l'Assicurato e D.A.S. sulla gestione del sinistro, entrambi possono chiedere di demandare la questione a un arbitro scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. L'Assicurato e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, salvo diverso accordo tra le parti.</p>

	<p>L'arbitro decide secondo equità. Se la decisione dell'arbitro è sfavorevole all'Assicurato, questi può ugualmente procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da D.A.S., in linea di fatto o di diritto, può richiedere alla Società il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, nei limiti del massimale previsto.</p> <p>Se l'Assicurato intende in alternativa adire le vie giudiziarie, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione come previsto dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010.</p>
--	---

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

ACTIVE IN MOBILITÀ

FORMULA PERSONA
E FORMULA FAMIGLIA

POLIZZA PER LA TUTELA
DELLE PERSONE ASSICURATE
DAI RISCHI DELLA CIRCOLAZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
(MOD. ACTIVE MOB FP 2 – ED. 01/2022)
sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni
(MOD. ACTIVE MOB FP DIP – ED. 01/2022)
 - DIP Aggiuntivo Danni
(MOD. ACTIVE MOB FP DIP AGG – ED. 06/2022)
- e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Privati



SALUTE



Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.
PRONTI ALLA VITA.



cattolica.it

scarica l'app



CATTOLICA
ASSICURAZIONI

DAL 1896



PRONTI
ALLA
CHIAREZZA

**CONVENZIONI
GRAFICHE
APPLICATE
NEI TESTI**

**ELEMENTI DI
ATTENZIONE
NELLE CONDIZIONI
DI POLIZZA**

GLOSSARIO

Per rendere un po' più facili da capire cose per definizione complesse, abbiamo cercato di semplificare (ove possibile) il linguaggio assicurativo e applicato una coerenza - anche visiva - ai contenuti.

In questo fascicolo, gli elementi costanti sono stati armonizzati e gli elementi di attenzione vengono identificati da un intuitivo sistema di linee guida per la consultazione e la lettura.

All'inizio di ogni sezione sono presenti box di consultazione, graficamente distinti e senza valore contrattuale, per aiutarti.

MAIUSCOLO

titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi

grassetto

punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento

corsivo

voci del Glossario relative a sezioni specifiche, esempi di calcolo, codicilli



INFORMAZIONE IMPORTANTE

Le cose chiave e utili da sapere



FOCUS

Approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



COSA FARE

Istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

Per distinguere a colpo d'occhio i termini generali e le voci specifiche presenti nelle condizioni di polizza.

SOMMARIO

GLOSSARIO GENERALE

TERMINI GENERALI E VOCI SPECIFICHE	4
---	----------

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	14
--	-----------

SEZIONE INFORTUNI

1. Cosa è assicurato	19
2. Garanzie aggiuntive acquistabili con aumento del premio	29
3. Opzioni aggiuntive acquistabili con diminuzione del premio	34
4. Condizioni di operatività	35
5. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	36

SEZIONE ASSISTENZA

1. Cosa è assicurato	38
2. Condizioni di operatività	53
3. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	54

SEZIONE OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

1. Infortuni: che obblighi ho?	55
2. Responsabilità Civile verso Terzi - che obblighi ho?	57
3. Furto e Rapina, Danni Accidentali ai Mezzi non Targati di Proprietà - che obblighi ho?	58
4. Rimborso Spese Mobilità - che obblighi ho?	62
5. Assistenza - che obblighi ho?	64
6. Tutela Legale - che obblighi ho?	65

GLOSSARIO

GLOSSARIO

"Per scegliere, devo capire."

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini - generali e specifici - presenti in queste condizioni di polizza, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Ti guideranno nella comprensione di ciò che hai acquistato: per avere certezze e fugare ogni dubbio.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano Sezioni o garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

Arbitrato

L'Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

Assicurato

La persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione. Si intendono come tali le persone fisiche singole o appartenenti al nucleo familiare del Contraente persona fisica, oppure lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati nel caso di Contraente persona giuridica o ente.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria Struttura Organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.

Assoluzione

La dichiarazione emessa con la sentenza conclusiva del processo che esclude la responsabilità penale dell'imputato.

B

Bicicletta

Veicolo con due o più ruote funzionanti a propulsione muscolare, per mezzo di pedali o di analoghi dispositivi o a pedalata assistita elettrica (così come definite dalla Direttiva Europea 2002/24/CE).

C

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Può trattarsi di persona fisica, persona giuridica o ente.

Contratto (assicurativo)

Il documento contrattuale di assicurazione (detto anche Polizza).

Convivente "more uxorio"

La persona, che in base a un rapporto personale duraturo e continuativo con l'Assicurato, adeguatamente documentato e socialmente noto, convive stabilmente con l'Assicurato e ha in comune la residenza anagrafica (o il domicilio abituale) o lo stato di famiglia. **Sono escluse le persone che convivono more uxorio con soggetti appartenenti al nucleo familiare dell'Assicurato.**

Cose

Gli oggetti materiali e, per convenzione, gli animali.

Contenuto

Tutto quanto contenuto:

- nei locali dell'Abitazione;
 - nelle dipendenze e pertinenze comunicanti e non;
 - nell'eventuale ufficio/studio professionale privato (se coesistente e comunicante con gli altri locali);
- appartenente all'Assicurato, a persone del suo nucleo familiare e destinato ad un uso domestico e/o personale.

Sono compresi inoltre:

- eventuali beni di terzi purché custoditi nei soli locali dell'Abitazione;
- beni ad uso professionale esclusivamente contenuti nell'eventuale ufficio/studio professionale privato coesistente e comunicante.
- attrezzature sportive, biciclette anche elettriche e/o a pedalata assistita, attrezzature a motore per il giardinaggio, ciclomotori, natanti e relativi motori fuori bordo fino a 40 cavalli. **Sono escluse le roulotte, i camper e tutti veicoli a motore iscritti a PRA e loro parti.**

Fermo tutto quanto sopra descritto come Contenuto, si definiscono inoltre come parti di esso le seguenti tipologie di oggetti:

- **Apparecchiature elettroniche**
Gli apparecchi che basano il loro funzionamento su circuiti a corrente debole basati sullo sfruttamento di particolari proprietà fisiche degli elettroni.
- **Contenuto Generico**
Il Contenuto dei locali Assicurati **esclusi Oggetti pregiati, Collezioni, Gioielli e preziosi, Valori.**
- **Collezioni**
Raccolte, ordinate secondo determinati criteri, di oggetti di una stessa specie e categoria, rari, curiosi e/o di un certo valore;
- **Elettrodomestici**
Apparecchiature elettroniche, elettriche ed elettromeccaniche utilizzate nei lavori domestici o destinate al servizio e al conforto della persona nell'ambito dell'Abitazione.
- **Effetti personali**
Beni del Contenuto ad uso personale ed in generale quanto portato dall'Assicurato e membri del suo nucleo familiare fuori dai locali di Abitazione in occasione di spostamenti quotidiani, viaggi e vacanze. **Sono esclusi Oggetti pregiati e Valori.**
- **Gioielli e preziosi**
oggetti d'oro e di platino o montati su questi metalli, pietre preziose, coralli e perle, orologi anche in metallo o di altri materiali che abbiano un valore unitario superiore a 4.000 €.
- **Oggetti pregiati**
pellicce, quadri, arazzi, tappeti di particolare valore artistico, mosaici, sculture, statue e simili, oggetti d'arte o di particolare valore artistico pubblicati su cataloghi ufficiali d'arte, mobili di antiquariato, oggetti e servizi di argenteria;

- **Valori**
denaro, carte valori e titoli di credito in genere.

D

Danno

Danno il cui ammontare viene determinato in base alle condizioni di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo/risarcimento.

Danni materiali e diretti

Danni inerenti la materialità della cosa assicurata, che derivano dall'azione diretta dell'evento garantito.

Danno accidentale

Il danno direttamente o indirettamente conseguente a cause ed eventi esterni comprese cadute, urti o collisioni involontarie, che pregiudichino il corretto funzionamento e/o l'integrità di un bene. **Sono esclusi i danni conseguenti ad atti dolosi del proprietario e/o dell'utilizzatore o di altri soggetti terzi.**

D.A.S.

Abbreviazione della denominazione sociale: D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in Verona, Via Enrico Fermi 9/B - 37135 VERONA - sito internet www.das.it, alla quale la Società affida la gestione dei sinistri riguardanti le garanzie di Tutela Legale previste dalla presente polizza.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Decisione passata in giudicato

La sentenza divenuta definitiva sulla quale nessun giudice può nuovamente decidere.

Delitto colposo

Il delitto è colposo quando viene commesso senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo e quindi per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi.

Delitto doloso

Il delitto è doloso quando l'evento lesivo è preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione.

Durata

Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.

Disabitazione

L'assenza continuativa dell'Assicurato e dei suoi familiari dall'abitazione assicurata. **La sola presenza diurna e non notturna è considerata disabitazione.**

Il periodo di disabitazione si intende interrotto in caso di presenza nell'abitazione dell'Assicurato o di suoi familiari anche non conviventi, di personale domestico, o di altra persona anche non legata da rapporti familiari incaricata dall'Assicurato di custodire l'abitazione.

E

Emergenza

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per malattia o infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Europa (relativamente alla sezione Assistenza)

Tutti i paesi del continente europeo sino agli Urali.

F

Fase giudiziale

La fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale

La fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria come ad esempio la mediazione e la negoziazione assistita.

Fatto illecito

L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge che cagiona ad altri un danno ingiusto.

Franchigia

La parte di parte di danno, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro. Qualora nel contratto siano previsti limiti massimi di indennizzo/risarcimento, si procede alla liquidazione sottraendo la franchigia al danno prima di applicare a quest'ultimo i suddetti limiti.

Forma e tipo di garanzia

Stabiliscono il criterio con il quale si determina il valore delle somme assicurate e dell'indennizzo. Possono essere:

- forma di garanzia: valore intero o primo rischio assoluto (vd. definizioni di "Valore intero" e di "Primo rischio assoluto");
- tipo di garanzia: valore a nuovo o valore reale (vd. definizioni di "Valore a nuovo" e "Valore reale").

Furto

È il reato previsto dal Codice Penale Art. 624, che indica la sottrazione di un bene mobile al suo legittimo possessore, al fine di trarne ingiusto profitto per sé o per altri.

G

Gare di regolarità pura

Gare nelle quali, non la velocità ma il rispetto dei tempi prestabiliti, per compiere i diversi tratti del percorso, costituisce il fattore determinante per la classifica.

Guasto (per la Sezione Assistenza)

Il danno subito per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti tali da rendere impossibile per l'Assicurato stesso l'utilizzo della stessa in condizioni normali.

I

Immobilizzo

Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi, limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Incidente

Qualsiasi evento accidentale, in connessione con la circolazione stradale (compresi sterrati), collisione con altro veicolo, urto contro ostacolo fisso, ribaltamento o uscita di strada.

Indennità/Indennizzo

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

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

Insorgenza

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Intervento Chirurgico

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato - anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti avvenuta con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni;
- i punti di sutura;
- le biopsie.

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

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza (RSA), per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Italia

Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

IVASS

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209).

Incendio

La combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto-estendersi e propagarsi.

Inondazione e alluvione

Esondazione, tracimazione o fuoriuscita di fiumi, canali, laghi, bacini e corsi d'acqua dai loro usuali argini o invasi, con o senza rottura di argini, dighe, barriere e simili.

L

Locali

I locali ove è riposto il mezzo non targato elencato all'art F1 "Oggetto della garanzia" e che devono essere costruiti con strutture portanti verticali in cemento armato o muratura, pareti esterne e manto del tetto in cemento armato, laterizi, vetrocemento e materiali incombustibili. Sono tollerati 1/10 del totale delle pareti esterne, dell'area coperta, delle strutture portanti verticali e del manto della copertura in materiali combustibili. E' sempre tollerato l'utilizzo di materiali combustibili per la realizzazione di impermeabilizzazioni, coibentazioni, solai, isolamenti esterni a cappotto e armature del tetto.

Sono considerati Locali anche quelli realizzati assemblando prodotti specifici pre-costruiti, con pareti esterne formate da pannelli modulari di almeno 15 cm. a sandwich (contenenti materiale ligneo, lana di roccia e/o altre coibentazioni anche combustibili rivestite o meno da intonaco), aventi anche funzione portante verticale grazie a piastre zincate imbullonate tra loro ed ancorate alla pavimentazione con bulloneria passante, solai e struttura portante ed armatura del tetto anche in legno od altri materiali combustibili, copertura comunque costruita.

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di decorrenza dell'Assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale/sottomassimale

La somma, stabilita nel contratto, fino alla quale la Società presta le garanzie in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Massimale per anno

La somma massima liquidabile dalla Società per i sinistri insorti nello stesso anno assicurativo, anche se denunciati in momenti diversi.

Mediazione

L'istituto giuridico introdotto con il D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, per la composizione dei conflitti tra soggetti privati relativi a diritti disponibili.

Micromobilità elettrica

S'intendono i dispositivi per la mobilità personale, a propulsione prevalentemente elettrica, hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel (come individuati dall'art. 2 e dagli allegati del Decreto n. 229 del 4 giugno 2019 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e sue eventuali successive modificazioni).

Mondo

Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

P

Parti

Il Contraente e la Società.

Perito

L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza

L'insieme dei documenti che provano l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Prescrizione

L'estinzione di un diritto che avviene quando il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Primo rischio assoluto

La forma di garanzia in base alla quale l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza della somma assicurata, indipendentemente dal valore effettivo dei beni assicurati esistenti al momento del sinistro e senza l'applicazione della regola proporzionale ai sensi dell'Art. 1907 del Codice Civile.

Procedimento penale

Il procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.

Q

Querela

L'azione per mezzo della quale una persona che si ritiene offesa o danneggiata da reati non perseguibili d'ufficio chiede agli organi giudiziari di procedere contro il colpevole.

R

Reati

I reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa, e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

Regola proporzionale

Se al momento del sinistro risulta che la somma assicurata per i beni assicurati è inferiore al loro valore calcolato in base alla forma di garanzia scelta, l'indennizzo viene ridotto in base alla proporzione tra il valore effettivo e la somma assicurata (Art. 1907 del Codice Civile).

Non sono ammesse eventuali compensazioni tra le somme assicurate per i diversi beni assicurati.

Responsabilità contrattuale

La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale

La responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Ricovero

La permanenza in un Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

S

Scoperto

La parte di danno espressa, in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora nel contratto siano previsti limiti massimi di indennizzo/risarcimento, si procede alla liquidazione sottraendo lo scoperto al danno prima di applicare a quest'ultimo i suddetti limiti.

Sforzo

L'evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Servizio di sharing

Servizio di prenotazione e noleggio, dove autovetture (Carsharing) o ciclomotori (Scootersharing) o biciclette (Bikesharing) sono messi a disposizione dei clienti da un'azienda (privata o pubblica) e distribuite nei centri urbani o in altre aree dall'azienda identificate.

Sinistro

Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Nella garanzia **Assistenza**, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società o Compagnia

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni SpA.

Spese arbitrali

Le spese sostenute per attivare la procedura arbitrale e per gli onorari dell'arbitro prescelto.

Spese di domiciliazione

Le spese dell'avvocato che ha il domicilio nella circoscrizione del Tribunale competente per il giudizio qualora l'avvocato incaricato dall'Assicurato risieda fuori da tale distretto.

Spese di giustizia

Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002 e successive modifiche.

Spese di resistenza

Le spese per resistere in giudizio alla richiesta avanzata dal terzo nei confronti dell'Assicurato per il risarcimento dei danni extracontrattuali.

Spese di soccombenza

Le spese che il giudice con la sentenza che chiude il processo pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

Spese legali

Gli onorari e diritti del patrocinatore sensi di legge.

Spese liquidate

Le spese spettanti all'avvocato definite dal giudice in sede di sentenza.

Sport professionistico

Attività sportiva per la quale è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da

obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti che costituisca comunque fonte di reddito per l'Assicurato. Sono incluse le attività sportive per le quali siano previsti - purché superino l'importo di 10.000,00 euro - premi, ancorché non conseguiti, compensi occasionali, nonché indennità di trasferta e rimborsi spese, anche forfettari. In ogni caso, sono compresi nella definizione di sport professionistico gli sport praticati nell'ambito di competizioni Internazionali come Olimpiadi, campionati Europei, Mondiali, indipendentemente dai compensi percepiti.

Struttura Organizzativa

La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

T

Transazione

L'accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevencono.

Trasporto Pubblico

L'insieme dei mezzi di trasporto che permettono ai cittadini di esercitare il proprio diritto alla mobilità. Ai fini delle presenti Condizioni di Assicurazione ci si riferisce esclusivamente a: autobus, pullman, filobus, treno, tram, natante, seggiovie, funivie, funicolare e metropolitana.

Trattamenti fisioterapici

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Terzi

In diritto il terzo è un soggetto diverso da coloro che sono legati da un rapporto giuridico oppure da un contratto, ovvero dalle parti; in ambito processuale, il terzo è un soggetto estraneo alle parti coinvolte. Si intendono quindi coloro che risultano essere tali secondo i termini della legge.

Terrorismo

Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscono da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione o governo, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o autorità o di impaurire la popolazione o una parte della stessa.

Tutela Legale

La garanzia di Tutela Legale ai sensi del D. Lgs. n° 209 del 2005, articoli 163, 164, 173, 174 e correlati.

U

Ubbriachezza

Si considera in stato di ubbriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Unico caso assicurativo

Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati.

Urgenza

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia che comporta un ricovero o un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

Urgenza sanitaria all'estero

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

V

Valore a nuovo

Il tipo di garanzia in base al quale, ai fini della valutazione delle somme assicurate e del danno, il valore dei beni assicurati viene determinato secondo il seguente criterio:

- per il fabbricato: la spesa necessaria per la sua integrale ricostruzione a nuovo, compresi gli oneri di urbanizzazione, escluso il valore dell'area;

per il contenuto: il costo di rimpiazzo di ciascun bene con altro nuovo, uguale o equivalente per rendimento economico e per caratteristiche tecniche, comprese le spese di trasporto, montaggio e gli oneri fiscali.

Valore intero

La forma di garanzia in base alla quale l'assicurazione è prestata per la totalità dei beni esistenti assicurati e secondo la quale deve corrispondere all'intero loro valore (art. 1907 del Codice Civile). Se la somma assicurata è inferiore, si applica la regola proporzionale, salvo le deroghe espressamente previste dal contratto.

In caso di sinistro, all'Assicurato spettano eventuali recuperi in eccedenza a quanto già liquidato.

Valore nominale

L'importo indicato su carte valori, titoli di credito in genere e denaro.

In caso di sinistro, all'Assicurato spettano eventuali recuperi in eccedenza a quanto già liquidato.

Valore reale

Il tipo di garanzia in base al quale, ai fini della valutazione delle somme assicurate e del danno, il valore dei beni assicurati viene determinato tenendo conto del deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, uso, qualità e stato di conservazione.

Per il fabbricato non si tiene conto del valore dell'area.

Valori

Vedasi **Contenuto**.

Vertenza

Il conflitto di pretese tra Assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

In questa prima parte vengono indicati norme e punti fermi comuni a tutte le sezioni e garanzie proposte.

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. CG1 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha la durata indicata nella Scheda di polizza.

ART. CG2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

?

DA QUANDO HA EFFETTO L'ASSICURAZIONE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio, a meno che all'interno delle Sezioni e delle singole garanzie acquistate non sia prevista una diversa decorrenza e sempre che il relativo premio sia stato corrisposto.

Il premio è normalmente determinato per un periodo di assicurazione di un anno. In caso sia prevista una durata del contratto inferiore o superiore, il premio dovuto coincide comunque con quello indicato in polizza.

Il Premio è interamente dovuto anche in caso di frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

?

COME EFFETTUA I PAGAMENTI?

Il pagamento del premio può essere effettuato scegliendo fra:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società, o altri metodi di pagamento elettronico;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

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

ART. CG3 PROROGA DEL CONTRATTO - RECESSO DAL CONTRATTO POLIENNALE

SCADENZA DEL CONTRATTO, TACITO RINNOVO E DISDETTA

Su richiesta del Contraente, il contratto può essere stipulato con clausola di tacito rinnovo, indicando "SI" alla voce "Tacito Rinnovo" contenuta nella polizza.

Con il tacito rinnovo, alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno, a prescindere dalla durata originaria del contratto.

Il Contraente o la Società possono manifestare la propria volontà di non rinnovare il contratto inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta come sotto indicato.

Se non viene pattuito il tacito rinnovo, il contratto perde efficacia alla sua scadenza naturale, senza bisogno di alcuna formalità.

Inoltre, allo scadere di ciascuna rata di premio, anche mensile, il Contraente può recedere dal contratto con comunicazione scritta inviata con le modalità sopra indicate e ricevuta dalla Società almeno 10 giorni prima della scadenza della rata di premio.

RECESSO DAL CONTRATTO POLIENNALE CON DURATA SUPERIORE A 5 ANNI

Se il contratto è stato stipulato per una durata superiore a 5 anni (più eventuale rateo), ed è stato quindi applicato lo sconto così come previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile, il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto, trascorso il quinquennio, e purché siano state pagate almeno 5 annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

LA DISDETTA E IL RECESSO DEVONO ESSERE COMUNICATI ALL'ALTRA PARTE:

- mediante raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC;
- inviata alla Società almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale e della scadenza della annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata (per il recesso dal contratto pluriennale).

ART. CG4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E/O DI PREMIO E RINNOVO DEL CONTRATTO

La Società ha la facoltà di modificare le condizioni di assicurazione e/o di premio al momento del rinnovo del contratto.

COMUNICAZIONI DOVUTE

Con preavviso di almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale la Compagnia comunicherà al Contraente, tramite Raccomandata A.R. o PEC (Posta Elettronica Certificata), la possibilità di prendere visione delle nuove condizioni di assicurazione e/o di premio presso l'Agenzia alla quale è stato assegnato il contratto.

MODALITÀ DI RINNOVO

Il pagamento del Premio entro i 30 giorni successivi alla scadenza contrattuale implica l'accettazione delle nuove condizioni di assicurazione e/o di premio.

Se il Contraente non accetterà le nuove condizioni di assicurazione e/o di premio entro i 30 giorni successivi alla scadenza contrattuale, il contratto si intenderà disdetto e quindi risolto a detta scadenza.

NOTA BENE:

Qualora detto pagamento fosse eseguito **dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale, la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio che comunque non potrà avvenire oltre il 30° giorno.**

ART. CG5 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

i

Qualora il Contraente **sia consumatore** ai sensi dell'Art. 3 del D.Lgs. n°206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), **dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dopo il pagamento o il rifiuto del pagamento dell'indennizzo, le Parti hanno facoltà di recedere dal contratto.**

Qualora il Contraente **non sia consumatore** ai sensi dell'Art. 3 del D.Lgs. n°206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, e fino al 60° giorno dopo il pagamento o il rifiuto del pagamento dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dal contratto.

Il recesso deve essere comunicato all'altra Parte con raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di cessazione degli effetti del contratto, la parte di premio non goduta, calcolata sulla base di quanto previsto all'Art. CG6 "Premio pagato e non goduto".

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualunque altro atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso

ART. CG6 PREMIO PAGATO E NON GODUTO

?

COME SI CALCOLA LA RESTITUZIONE?

Nelle circostanze previste dal contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, quando esso risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.

L'importo da rimborsare verrà determinato secondo la formula:

$$R = P * GR / D$$

Dove:

R = premio da rimborsare.

GR = giorni residui di copertura.

P = premio imponibile (al netto delle imposte).

D = durata totale (in giorni) della copertura.

ESEMPIO

Polizza stipulata con durata annuale e tacito rinnovo con decorrenza dalle ore 24 del 31 dicembre 2021. Scadenza della prossima rata di premio alle ore 24 del 31 dicembre 2022.

Premio finito pagato al momento della sottoscrizione della Polizza: 2.050 euro. Aliquota di imposta applicata: 2,50%.

A seguito di recesso per sinistro da parte del Contraente la Società annulla il contratto a decorrere dalle ore 24 del 31 luglio 2022.

Al Contraente verrà rimborsata la parte del premio pagato e non goduto di 838,36 euro così calcolato:

$$P = \text{Premio finito} / 1,025 = 2.050 \text{ euro} / 1,025 = 2.000 \text{ euro.}$$

$$GR = \text{Numero di giorni dalle ore 24 del 31 luglio 2019 alle ore 24 del 31 dicembre 2019} = 153.$$

$$D = 365 \text{ giorni.}$$

$$R = P * GR / D = 2.000 \text{ euro} * 153 / 365 = 838,36 \text{ euro.}$$

ART. CG7 ALTRE ASSICURAZIONI

i

Il Contraente/l'Assicurato **deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio assicurato con il presente contratto.**

L'omissione dolosa di tale comunicazione alla Società determina la perdita del diritto all'indennizzo.

COSA FARE IN CASO DI:

In caso di sinistro, il Contraente:

1. deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi degli Art. 1910 e 1913 Codice Civile;
2. ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

In caso la somma di tali indennizzi - escluso da tale conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

ART. CG8 DICHIARAZIONI RESE IN BUONA FEDE

Le inesatte o incomplete dichiarazioni rese dal Contraente all'atto della stipulazione della Polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento, né riduzione dello stesso, sempreché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio, a decorrere dal momento in cui la circostanza (il mutamento/aggravamento) si è verificata.

ART. CG9 ESAGERAZIONE O ALTERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

CHI PERDE IL DIRITTO DI INDENNIZZO?

Il Contraente o l'Assicurato che:

- **augmenta** dolosamente l'ammontare del danno;
- **dichiara** come asportati o distrutti beni non esistenti al momento del sinistro;
- **sottrae**, occulta o manomette i beni rimasti dopo il sinistro;
- **modifica** o altera le tracce o i residui del sinistro;
- **aggrava**, altera gli indizi del reato;

perde il diritto all'indennizzo.

La Società si riserva inoltre ogni azione in qualsiasi sede nei confronti dell'Assicurato.

ART. CG10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

ART. CG11 ONERI FICALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendente, restano a carico del Contraente.

ART. CG12 FORO COMPETENTE

Foro competente a scelta della parte attrice (cioè di chi promuove il contenzioso) è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, oppure quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la Polizza. Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex art. 3 comma 1 lettera a) D. Lgs. 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

ART. CG13 MODIFICHE DEI FORNITORI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NEL PRODOTTO

I cambiamenti delle Società che forniscono i servizi di Assistenza e Tutela Legale e altre presenti nel contratto in oggetto non influiscono sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

ART. CG14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della legge italiana.

ART. CG15 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni e i diritti nascenti dalla polizza possono essere esercitati solo dal Contraente/Assicurato e dalla Società.

L'accertamento e la liquidazione dei danni concordati **sono vincolanti per l'Assicurato e per eventuali terzi proprietari o comproprietari, restando esclusa ogni loro possibilità di impugnativa.**

L'indennizzo può tuttavia essere pagato solo nei confronti o col consenso dell'Assicurato.

SEZIONE INFORTUNI

PER LA SALUTE

Nessuno sceglie di farsi male. Possiamo scegliere di sentirci almeno un po' sicuri, sapendo di esserci cautelati anche contro questi eventi, grazie alle garanzie presenti in questa sezione.

1 - COSA È ASSICURATO

ART. INF1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata, in relazione alla formula scelta dal Contraente al momento della stipula del contratto e indicata nella Scheda di polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisce:

- a. in qualità di conducente di:
- **biciclette anche a pedalata assistita (e-bike). E' coperto anche l'eventuale bambino Assicurato, purchè trasportato in osservanza delle disposizioni di legge;**
 - **dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);**

La garanzia comprende anche gli infortuni:

- **durante la salita e la discesa dalla bicicletta o dal dispositivo per la micromobilità elettrica;**
- **in conseguenza delle operazioni effettuate, in caso di fermata accidentale, per provvedere a riparazioni di guasti sia della bicicletta che del dispositivo per la micromobilità elettrica o per i controlli resi necessari per la ripresa della marcia, oppure per spostare il veicolo dal flusso del traffico o reinserirlo nel flusso medesimo;**

- b. alla guida di apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike;

c. in qualità di conducente o trasportato di:

- **tandem e riscio anche a pedalata assistita;**
- **ciclomotore e motocicli;**
- **autovetture ad uso privato, autocaravan / camper;**
- **autoveicoli per trasporto promiscuo, autocarri a pieno carico fino a 35 q.li e macchine agricole. Si intendono esclusi gli impieghi professionali;**
- **natanti ad uso privato o da diporto, esclusi i mezzi di locomozione subacquee;**

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti:

- **in occasione di guasti sopravvenuti al veicolo durante la sua circolazione o navigazione o nel tentativo di salvataggio del mezzo stesso e dei suoi passeggeri;**
- **in occasione di operazioni di rifornimento, riparazione e manutenzione del veicolo, sempre che l'evento si verifichi nell'ambito di stazioni di rifornimento e/o di servizio. Per questi eventi non**

opera l'Art. Sl6 "Rinuncia al diritto di surrogazione".

- in occasione della salita e della discesa dal tandem o dal risciò;
 - in conseguenza delle operazioni effettuate, in caso di fermata accidentale, per provvedere a riparazioni di guasti sia del tandem che del risciò o per i controlli resi necessari per la ripresa della marcia, oppure per spostare il veicolo dal flusso del traffico o reinserirlo nel flusso medesimo;
 - in occasione delle operazioni rese necessarie, in caso di fermata della macchina agricola, per la ripresa della marcia nonché dalle operazioni di aggancio e sgancio di macchine operatrici e di attrezzi azionati dalla macchina agricola stessa.
- d. in qualità di passeggero, di qualsiasi mezzo di trasporto pubblico (compresi natanti, seggiovie e funivie), compresi gli infortuni subiti nel salire o scendere dallo stesso;
- e. in qualità di passeggero di aerei, durante i voli di linea regolari e i chartered entrambi eserciti da società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide World Wide - OAG"). Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso al momento in cui ne è disceso;
- f. in qualità di pedone, investito da parte di veicoli siano essi azionati a motore o meno;
- g. durante la pratica del nuoto a seguito di investimento provocato da qualsiasi imbarcazione o natante.

Sono compresi in garanzia anche:

- **l'annegamento;**
- **l'asfissia di origine non morbosa;**
- **l'assideramento o il congelamento;**
- **i colpi di sole o di calore;**
- **gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;**
- **gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;**
- **gli infortuni derivanti da colpa grave, nonché quelli derivanti da tumulti popolari, sommosse o da atti di terrorismo, a condizione che gli Assicurati non vi abbiano preso parte attiva (in deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile).**

Le garanzie infortuni prestate, meglio descritte nei corrispondenti articoli, possono essere:

- **morte per infortunio;**
- **invalidità permanente per infortunio;**
- **diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo;**
- **rimborso spese di cura per infortunio;**

L'assicurazione è prestata **esclusivamente per le garanzie**, sempre operanti e/o opzionali, in relazione alle quali risultino **indicati in polizza le somme assicurate e/o i massimali** e i relativi premi e risulti, in polizza, l'indicazione della loro operatività.

ART. INF2 FORMULE E PERSONE ASSICURATE

Nella Formula Persona, la copertura opera per gli Assicurati nominativamente indicati nella scheda in polizza, ciascuno per le garanzie e somme assicurate indicate.

Nella Formula Famiglia, la copertura opera per il Contraente e per i membri del suo nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del sinistro; il coniuge si intende comunque coperto anche se non presente nello stato di famiglia. I massimali e le somme assicurate si intendono per nucleo, nel senso che la somma indicata in Polizza è a disposizione dei componenti del nucleo familiare e si intende per sinistro e annua. I giorni della Diaria da ricovero o da immobilizzo indicati in Polizza si intendono come numero di giorni massimi fruibili per nucleo e annualità assicurativa.

ART INF3 LIMITI D'ETÀ

Ciascun Assicurato può rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al compimento **dell'80° anno di età**.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un'Appendice di Variazione contrattuale che escluda l'Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.

ART. INF4 CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

NOTA BENE:

Si farà comunque riferimento a quanto indicato all'Art. INF5 "Persone con disabilità" per gli assicurati diversamente abili.

ART. INF5 PERSONE CON DISABILITÀ

Le garanzie di polizza sono estese agli Assicurati diversamente abili, con invalidità sensoriale o con invalidità motoria. La Società, in tali casi, corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Per quanto concerne l'Invalidità permanente da infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo con le seguenti modalità:

- **per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;**
- **per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:**
- **per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;**
- **per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Questa garanzia è valida solo se in occasione del sinistro viene presentata la certificazione medico legale rilasciata dalla Commissione sanitaria ASL o ULSS di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n° 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

ART. INF6 DANNO ESTETICO

La Società rimborsa le spese sostenute per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro**.

Se l'intervento chirurgico è dovuto a un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso, il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla **concorrenza di 5.000,00 euro**.

ESCLUSIONI

La garanzia non opera se l'infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.

GARANZIE PRINCIPALI

a) MORTE PER INFORTUNIO

(Garanzia operante, se acquistata e indicata in polizza)

ART. INF7 MORTE PER INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari o in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

ART. INF8 MORTE PRESUNTA

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, **la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla pronuncia della sentenza di dichiarazione di morte presunta, come previsto dagli Art. 60 e 62 del Codice Civile.**

NOTA BENE:

Se dopo il pagamento dell'indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

ART. INF9 CUMULO DELL'INDENNITÀ

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità Permanente per Infortunio.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente per Infortunio, e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde agli eredi la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte per Infortunio, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

ART. INF10 COMMORIENZA DEI CONIUGI

Se, a causa dello stesso infortunio, decedono sia l'Assicurato che il coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto:

- **a favore di uno o più figli minori, che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) entrambi deceduti;**
- **a favore di un figlio con handicap che abbia una invalidità di almeno il 60%.**

Indennizzo	Capitale maggiorato del 50%
Limite massimo maggiorazione	200.000 euro

NOTA BENE:

Nel caso in cui la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti **non potrà comunque superare l'importo di 200.000 euro.**

b) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. INF11 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

ART. INF12 TABELLA DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, con questi criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente per Infortunio totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertato con riferimento alla tabella di valutazione del danno (Tabella ANIA o Tabella INAIL) scelta e indicata nella Scheda di polizza.

ART. INF13 TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO ANIA

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: TABELLA ANIA

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, con questi criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere determinato con riferimento alla Tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella ANIA" di seguito riportata.

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio.

Perdita totale anatomica o funzionale:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
arto superiore	70%
mano o avambraccio	60%
pollice	18%
indice	14%
medio	8%

anulare	8%
mignolo	12%
falange del pollice	9%
falange di altro dito della mano	1/3 del dito
occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
dodicesima dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Anchilosi	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
anca in posizione favorevole	35%
ginocchio in estensione	25%
tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%

Paralisi completa:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
del nervo radiale	35%
del nervo ulnare	20%
dello sciatico popliteo esterno	15%
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
sopra la metà della coscia	70%
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%
Amputazione o perdita funzionale di	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
una falange dell'alluce	2,5%
ernie addominali da sforzo non operabile max	10%

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: CASI NON PREVISTI DALLA TABELLA

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente, si fa riferimento ai criteri previsti dall'Art. INF15 "Criteri particolari di indennizzabilità":

ART. INF14 CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. INF15 CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: CASI NON PREVISTI DALLA TABELLA

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella prescelta di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente, si fa riferimento a questi criteri:

- a. **se la lesione comporta una minorazione**, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- b. **se l'infortunio determina menomazioni** di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale

- dell'arto stesso;
- c. **nei casi di invalidità permanente non specificati** nella tabella e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- d. **per la valutazione delle menomazioni visive e uditive**, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

ART. INF16 MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità:

- pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione,
- fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

ART. INF17 FRANCHIGIA SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

⁵ Le prestazioni per l'Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- l'indennizzo sui primi 50.000,00 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata:
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% del totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- **franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.**

ART. INF18CUMULO DELL'INDENNITÀ

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e **in conseguenza** della stessa l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, nel caso questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

ART. INF19 DECESSO INDIPENDENTE DA INFORTUNIO

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni **subite prima** che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Compagnia corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa possono dimostrare il diritto all'indennizzo consegnando la documentazione idonea

c) RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

(Garanzia operante, se acquistata e indicata in polizza)

ART. INF20 RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società assicura il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data in cui è accaduto il sinistro fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e **applica, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato, uno scoperto del 10% con il minimo di 75,00 euro e il massimo di 250,00 euro.**

Limiti	Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza.
--------	--

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute riguarda:

a) Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica conseguenti all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva.**

Diaria sostitutiva	50 euro al giorno
Massimo	30 giorni per anno assicurativo

Limiti per trattamenti fisioterapici e rieducativi:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

b) Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Rimborso massimo	50% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

Limiti per trattamenti fisioterapici e rieducativi:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--

c) Cure e protesi dentarie da infortunio

- **Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.**

Rimborso massimo	30% della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio"
------------------	--



MODALITÀ DI RIMBORSO

- 1) La Società provvederà al rimborso una volta accertata la guarigione clinica sulla base della documentazione presentata (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).
- 2) La domanda di rimborso deve essere presentata entro trenta giorni dal termine della cura medico/degenza.
- 3) Sono sempre escluse dal rimborso tutte le spese per visite medico legali non richieste dalla Società per definire la liquidazione del sinistro.



I documenti originali saranno riconsegnati con l'**apposizione della data di liquidazione e del suo importo.**

Se l'Assicurato ha consegnato a terzi documenti come notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società rimborserà quanto dovuto, secondo il presente contratto, **dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

d) DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO O IMMOBILIZZO

(Garanzia valide se acquistate e indicate in polizza)

ART. INF21 DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO O IMMOBILIZZO

In caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura, la Società corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

Se non sono presenti altre garanzie, la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro 30 giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, **la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo.**

Per le seguenti fratture, radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un **indennizzo forfettario** pari a:

- **40 giorni per la frattura del bacino;**
- **40 giorni per la frattura del femore;**
- **40 giorni per la frattura della colonna vertebrale;**
- **20 giorni per la frattura completa della costola.**

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

I collari a strappo non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia.

L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione). Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

Indennizzo per ricovero o immobilizzo	Importo "Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo" indicato in polizza
Franchigia	Non prevista
Durata ricovero	Massimo 90 giorni per evento, 180 giorni per anno assicurativo
Durata immobilizzazione	Massimo 90 giorni per evento e per anno assicurativo

2 - GARANZIE AGGIUNTIVE ACQUISTABILI CON AUMENTO DEL PREMIO

(Garanzie valide, se acquistate e indicate in polizza)

ART. INF 22 TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO - INAIL

(Prestata esclusivamente se indicata nella scheda polizza)

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: TABELLA INAIL

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di Invalidità Permanente per infortunio al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza, secondo i seguenti criteri:

- **se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;**
- **se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente, che deve essere determinato con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL".**

**TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ
PERMANENTE- TABELLA INAIL (ALLEGATO 1 AL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124
ESCLUSE SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)**

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:		DESTRO	SINISTRO
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
ALTRE MENOMAZIONI DELLA FACOLTÀ VISIVA:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per 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	0/10	35%	65%

NOTE:

1. in caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. 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;
3. 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 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
5. 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%
6. 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.

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:	DESTRO	SINISTRO
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
PERDITA DI MOLTI DENTI IN MODO CHE RISULTI GRAVEMENTE COMPROMESSA LA FUNZIONE MASTICATORIA:		
- con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Perdita di un testicolo	0%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
PERDITA DEL BRACCIO:		
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
- per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	

Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
ANCHILOSI TOTALE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GOMITO CON ANGOLAZIONE TRA 110°-75°:		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
ANCHILOSI TOTALE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GOMITO IN ESTENSIONE COMPLETA O QUASI:		
a. in semipronazione:	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi totale dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
SE VI È CONTEMPORANEAMENTE ABOLIZIONE DEI MOVIMENTI DI PRONOSUPINAZIONE:		
a. in semipronazione:	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%

Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

NOTA BENE:

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

ART. INF 23 RIMBORSO SPESE ADEGUAMENTO ABITAZIONE/AUTOVETTURE A SEGUITO DI GRAVE INFORTUNIO

In caso di infortunio dal quale derivi all'Assicurato una Invalidità Permanente superiore al 75%, accertata secondo quanto previsto dall'Art. INF 11 "Invalidità permanente da Infortunio", la Società rimborserà:

- **le spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio, finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fino ad un massimo di 30.000 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto. Le spese rimborsabili sono esclusivamente quelle sostenute per interventi previsti sugli immobili. Sono compresi anche gli eventuali costi di progettazione.**
- **le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili. Le spese sono rimborsate fino ad un massimo di 10.000 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.**

Limiti spese adeguamento abitazione	fino a 30.000 euro una sola volta per tutta la durata del contratto
Limiti spese adeguamento autovettura	fino a 10.000 euro una sola volta per tutta la durata del contratto

La Società rimborserà esclusivamente le spese che rimarranno a carico dell'Assicurato:

- **al netto di quanto eventualmente rimborsato da enti pubblici**
- **per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili**

In caso di immobile in comproprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato. Per avere diritto all'indennizzo, oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di polizza, dovranno essere presentati, da parte dell'Assicurato i documenti giustificativi, le ricevute e fatture.

ESCLUSIONI

La garanzia non opera se l'infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.

NOTA BENE:

Nella Formula Famiglia la garanzia opera per il Contraente se è anche uno degli Assicurati, altrimenti opera per l'Assicurato più anziano.

ART. INF 24 FRANCHIGIA A SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- l'indennizzo sui primi 100.000,00 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata:
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro:
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% del totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.

3 - GARANZIE AGGIUNTIVE ACQUISTABILI CON DIMINUZIONE DEL PREMIO

(Garanzie valide, se acquistate e indicate in polizza)

ART. INF 25 FRANCHIGIA B SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- **sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro**
 - **se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo all'indennizzo;**
 - **se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;**
- **sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro**
 - **se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo all'indennizzo;**
 - **se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% del totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.

ART. INF 26 FRANCHIGIA C SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro
 - se l'Invalidità Permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo all'indennizzo;
 - se l'Invalidità Permanente definitiva supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 60% del totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.

4 - CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. INF27 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura è valida in tutto il mondo.

ART. INF28 CESSAZIONE DELLA COPERTURA PER L'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- infezioni da HIV;
- Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali;

determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto del contratto per il soggetto colpito. L'Assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, l'operatività delle garanzie rimane inalterata per gli altri soggetti così come il premio pattuito.

ART. INF29 PORTATA DELLA COPERTURA IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

NOTA BENE:

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, la



copertura è valida:

- solamente per le garanzie Morte per Infortunio e Invalidità Permanente per Infortunio (se acquistate), con somme assicurate pari al 50% di quelle indicate in polizza;
- con l'applicazione di una franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio come indicato all'Art INF17 "Franchigia sull'invalidità permanente da infortunio".

Nella Formula Persona con più Assicurati e nella Formula Famiglia, l'assicurazione manterrà comunque la sua efficacia per le persone che non hanno superato il limite di età mentre non sarà operante per quelle che al momento del sinistro, avvenuto oltre il termine della naturale scadenza del contratto, abbiano superato gli 80 anni di età. In tal caso, nella Formula Famiglia, i massimali assicurati saranno a disposizione tra le persone che non abbiano superato il limite di età.

5 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. INF30 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

L'assicurazione, sia nella Formula Persona che nella Formula Famiglia, non comprende gli infortuni:

- a. verificatisi in connessione con atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;
- b. verificatisi alla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia compreso l'infortunio subito dall'Assicurato che guidi con patente scaduta, purché lo stesso, al momento del sinistro, sia in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- c. verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo;
- d. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- e. dovuti all'influsso di campi elettromagnetici;
- f. verificatisi in occasione di atti delittuosi dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g. derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
- h. derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni, non di regolarità pura, e nelle relative prove;
- a. derivanti dall'uso dei veicoli indicati all'Art. INF1 "Oggetto dell'assicurazione", se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione. Limitatamente alle autovetture, in caso di trasporto in soprannumero di non oltre due ragazzi di età inferiore ai 10 anni, l'assicurazione è operante proporzionalmente al rapporto tra il numero dei posti dell'autovettura ed il numero delle persone effettivamente a bordo del veicolo (compreso il conducente);
- b. guida in stato di alterazione, quali stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene secondo quanto previsto dal Codice della Strada;
- c. derivanti dall'uso di mezzi diversi da quelli indicati all'Art. INF1 "Oggetto dell'assicurazione", nonché di giostre e mezzi nei parchi divertimento, di scivole o skilift.

La garanzia non vale inoltre per:

- d. gli infortuni verificatisi in occasione di esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che l'Assicurato o il Contraente provino che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi. Sono altresì esclusi eventuali danni, perdite, costi o spese - di qualsiasi natura - causati direttamente e indirettamente, risultanti da, derivanti da, o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione

- radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
- e. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
 - f. gli infortuni subiti da persone di professione autisti, conducenti e personale viaggiante, venditori ambulanti o che effettuano le consegne a domicilio dei pasti, che utilizzano di mezzi di trasporto previsti in contratto, durante l'esercizio delle loro attività professionali;
 - g. gli infortuni verificatisi durante la pratica di sport professionistico o di attività sportive e relative gare e allenamenti non professionistiche ma che prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
 - h. sport estremi e di sport acrobatici con uso del mezzo (quali a titolo esemplificativo: freeride, slopestyle, downhill, BMX acrobatico, ecc..)

L'assicurazione non è operante per gli infortuni accaduti in seguito all'utilizzo di biciclette e dispositivi per la micromobilità elettrica:

- i. se si tratta di veicoli con potenza massima nominale del motore elettrico superiore al limite massimo consentito;
- j. se la velocità è superiore al limite massimo consentito;
- k. su strade, percorsi o aree ove non è consentita la circolazione;
- l. in genere se la circolazione avviene in violazione delle disposizioni normative previste comprese quelle territoriali e comunali;
- m. per uso professionale (per esempio la consegna a domicilio).

SEZIONE ASSISTENZA

UN SUPPORTO PER LE EMERGENZE

La protezione più completa va oltre gli indennizzi. È questione di struttura, di servizi su cui contare proprio quando la tempestività e l'affidabilità sono più importanti. In questa sezione sono illustrate le tante scelte di assistenza nei tanti possibili casi di necessità

1 - COSA È ASSICURATO

ART. AS1 OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA

La Società assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza di seguito elencate per il tramite della Struttura Organizzativa.

ART. AS2 COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Organizzativa che opera 24 ore su 24** ed interviene direttamente o autorizza esplicitamente l'Assicurato ad organizzare in autonomia la prestazione, utilizzando i seguenti recapiti telefonici:

DALL'ITALIA:
800 572 572
(NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 570

Qualora l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa può mettersi in contatto tramite l'indirizzo di posta elettronica:

assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- motivazione della richiesta / circostanza del rischio;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

In caso di autorizzazione all'organizzazione in autonomia della prestazione di assistenza l'Assicurato riceve dalla Struttura Organizzativa tramite SMS (Short Message System) il numero univoco di pratica assegnata e le modalità per inoltrare i giustificativi di spesa per la valutazione del rimborso di quanto anticipato entro i massimali previsti.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: rimborsi.gruppocattolica@IMAItalia.it

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

ART. AS3 RECUPERO DEL MEZZO DI TRASPORTO DANNEGGIATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in qualità di:

- conducente di
 - biciclette anche a pedalata assistita (e-bike);
 - dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);
- alla guida di apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike;

il cui il mezzo di mobilità di proprietà risulti immobilizzato per Guasto e/o Incidente in modo tale da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali, invia un mezzo di soccorso che si occupa del trasporto del mezzo di mobilità dal luogo dell'immobilizzo sino al domicilio in Italia dell'Assicurato.

L'intervento del mezzo di soccorso è garantito esclusivamente qualora il mezzo si trovi sulla rete stradale

pubblica o in aree ad essa equivalenti. Qualora l'immobilizzo avvenga al di fuori della rete stradale pubblico in aree ad essa equivalenti (quali ad esempio percorsi fuoristrada) l'Assicurato dovrà portare autonomamente il mezzo su una strada pubblica per consentire l'intervento del mezzo di soccorso.

Rimangono a carico dell'Assicurato le spese per i pezzi di ricambio e ogni altra spesa di riparazione del mezzo di trasporto danneggiato.

Massimale	200 km se il fermo avviene in ITALIA 40 km se il fermo avviene in FRANCIA, AUSTRIA, SVIZZERA o SLOVENIA
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, FRANCIA, AUSTRIA, SVIZZERA e SLOVENIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS4 RIENTRO DELL'ASSICURATO O PROSEGUIMENTO VIAGGIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in qualità di:

- conducente di
 - biciclette anche a pedalata assistita (e-bike);
 - dispositivi per la micromobilità elettrica (hoverboard, monopattino elettrico, segway e monowheel);
 - alla guida di apparecchi di ausilio per la mobilità quali carrozzine per disabili anche elettriche, handbike;
- il cui il mezzo di mobilità di proprietà risulti
- immobilizzato per Guasto e/o Incidente in modo tale da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali o
 - rubato;
- organizza il rientro dell'Assicurato al suo domicilio o ne organizza il proseguimento del viaggio fornendo:
- un biglietto ferroviario o
 - un taxi.

ESCLUSIONI

La prestazione non è operativa per tutte le operazioni di ordinaria manutenzione sul mezzo di mobilità.

Massimale	50 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, FRANCIA, AUSTRIA, SVIZZERA e SLOVENIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS5 INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

TEMATICHE SANITARIE

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicali e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;

- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- indirizzi di strutture sanitari e nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni (es. pediatria);
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti sui vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

MEDICINALI COMMERCIALIZZATI IN ITALIA

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS6 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza che ha necessità di una consulenza medica, predispone un consulto telefonico con i propri medici.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

NOTA BENE:

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS7 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN PEDIATRA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha beneficiato dell'erogazione della prestazione di cui al precedente Art. AS6 "Consulenza medica telefonica, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un medico generico o un pediatra.

Qualora il medico fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce l'Assicurato in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS8 CONSULENZA MEDICA SPECIALISTICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico di fiducia (cardiologo, pediatra, dermatologo, ginecologo, psicologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.

Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

ART. AS9 INVIO DI UN'AMBULANZA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino.

Massimale	250 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS10 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:

1) tenuto conto della disponibilità esistente, individuare e prenotare l'istituto di cura italiano o estero maggiormente attrezzato per la patologia di cui soffre l'Assicurato;

2) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'istituto di cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio;

3) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS11 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente Art. AS10 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", in dimissione dall'istituto di cura a seguito di 2 giorni continuativi di degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione del suo rientro utilizzando il mezzo di trasporto maggiormente idoneo allo stato di salute dell'Assicurato tra quelli di seguito elencati:

- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura

ART. AS12 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA DOPO IL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, dimesso dal ricovero di primo soccorso, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispose il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto struttura di primo soccorso - domicilio dell'Assicurato andata e ritorno
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS13 RIENTRO SANITARIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, le cui condizioni sanitarie siano tali che i medici della Struttura Organizzativa d'intesa:

- con i medici curanti sul posto o
- in assenza di questi ultimi, con il medico inviato sul posto dalla Struttura Organizzativa;

ritengano necessario un trasferimento in un istituto di cura prossimo alla residenza in Italia per garantire le cure più adeguate alle condizioni dell'Assicurato, ne organizza il rientro con il mezzo di trasporto più idoneo tra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario limitatamente al trasferimento dai paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto (Albania, Algeria, Bosnia Erzegovina, Cipro, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Libano, Libia, Malta, Marocco, Montenegro, Serbia, Slovenia, Siria, Tunisia, Turchia);
- dagli altri paesi del mondo con aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato (se necessario con l'accompagnamento di personale medico e/o infermieristico);
- treno di prima classe e qualora ce ne siano le necessità tramite vagone letto;
- autoambulanza.

ESCLUSIONI

Il trasferimento non è previsto per:

- **malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;**
- **infortuni e malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto;**
- **se l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS14 TRASPORTO DELLA SALMA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa effettua il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficiente per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;
- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

ESCLUSIONI

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	10.000 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 2.000 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS15 MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, prendono contatto con i medici curanti ove l'Assicurato è ricoverato per seguirne l'evoluzione clinica della patologia informando, qualora necessario, i famigliari sul decorso.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

NOTA BENE:

La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

ART. AS16 ASSISTENZA PRESSO ISTITUTO DI CURA (VEGLIE)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che necessita di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS17 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza ed in assenza di un congiunto sul posto che lo possa seguire, mette a disposizione di familiare un biglietto di viaggio andata e ritorno:

- in treno in prima classe;
- in aereo in classe economica se il viaggio dovesse superare le sei ore;

per raggiungerlo.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di vitto ed alloggio e tutte le spese diverse dai titoli di viaggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS18 ASSISTENZA PER FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

È attivo un servizio di assistenza grazie a quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che necessita di assistenza per i familiari non autosufficienti con lui conviventi o residenti a 50 km dalla residenza dell'Assicurato rimasti soli, organizza i seguenti servizi a loro necessari:

- invio di un operatore-sociosanitario;

- invio di un infermiere;
- spesa a casa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati a seguito dell'erogazione del servizio "SPESA A CASA".

Massimale	500 euro per sinistro SPESA A CASA: massimo 2 buste e massimo 3 volte a settimana
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	I servizi sono erogati con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovati con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura INVIO DI UN OPERATORE SOCIO SANITARIO ed INVIO DI UN INFERMIERE: i servizi sono erogati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno SPESA A CASA: il servizio è erogato dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS19 SERVIZI SANITARI A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza certificato dal proprio medico curante, organizza presso il suo domicilio:

- l'esecuzione di accertamenti diagnostici quali prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e quant'altro necessario purché possa essere eseguito a domicilio;
- il ritiro e la consegna gli esiti degli esami.

Erogabilità	3 volte per anno assicurativo 4 volte per sinistro
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

ART. AS20 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità per usufruirne delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e il medico curante.

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

2. PRESTAZIONI PROFESSIONALI

In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale).

3. SERVIZI SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

4. SERVIZI NON SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3. 4.	
Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

ART. AS21 INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un istituto di cura a seguito di ricovero dovuto ad infortunio indennizzabile a termini di polizza di durata superiore a 2 giorni continuativi, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per Assicurato e per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura

ART. AS22 INVIO FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio indennizzabile a termini di polizza e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia al domicilio un'assistenza fisioterapica specializzata.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

ART. AS23 CONSEGNA FARMACI PRESSO L'ABITAZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato per le cure del caso secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS24 INVIO MEDICINALI, PROTESI E OCCHIALI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia bisogno di

- protesi o
- occhiali o
- medicinali regolarmente prescritti da un medico;

e che siano introvabili sul posto purché commercializzati in Italia, li reperisce e li invia con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto.

In alternativa la Struttura Organizzativa può fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

I costi di quanto acquistato rimane a Carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS25 FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza che necessita di una o più tra le seguenti attrezzature mediche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito;

le fornisce in comodato d'uso per il periodo necessario.

Massimale	90 giorni per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire e/o fornire le attrezzature indicate, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per il noleggio dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Massimale	500 euro per sinistro
-----------	-----------------------

ART. AS26 CONSULENZA PER ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 65%, reperisce e commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione.

Massimale	1.000 euro per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS27 AUTISTA A DISPOSIZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che a seguito di immobilizzo dovuto da infortunio indennizzabile a termini di polizza, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS28 SPESA A CASA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza e certificato dal medico curante, che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa, organizza la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati.

Massimale	3 volte a settimana massimo 2 buste per richiesta
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa 4 volte per sinistro
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS29 COLLABORATRICE FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza che:

- comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni; o
- in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale; o
- per frattura delle costole purché radiologicamente accertata; o
- in caso di ricovero che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico;

necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione, reperisce ed invia una collaboratrice familiare.

L'Assicurato può segnalare una collaboratrice di propria fiducia e la Struttura Organizzativa la contatterà per verificare la compatibilità tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e quanto praticato in convenzione. Qualora ci sia compatibilità la Struttura Organizzativa invierà la collaboratrice familiare segnalata dall'Assicurato; qualora invece ci sia eccedenza tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e la tariffa convenzionata, è facoltà dell'Assicurato scegliere la collaboratrice familiare segnalata tenendo a proprio carico l'eccedenza economica rispetto alla tariffa convenzionata.

Massimale	20 giorni per sinistro e 50 euro al giorno e 350 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA

Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la collaboratrice familiare con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura
-------------	--

ART. AS30 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato

- ricoverato in istituto di cura da più di 2 giorni consecutivi o
- dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi

a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

ART. AS31 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato

- ricoverato in istituto di cura da più di 2 giorni consecutivi o
- dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi

a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

ART. AS32 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato

- ricoverato in istituto di cura da più di 2 giorni consecutivi o
 - dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi
- a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

ART. AS33 INTERPRETE ALL'ESTERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura per infortunio indennizzabile a termini di polizza e che non abbia familiarità con la lingua del luogo in cui si trova, reperisce ed invia un interprete.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

ART. AS34 ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli anticipa delle spese improvvise di prima necessità che deve sostenere e non può provvedere direttamente ed immediatamente.

L'Assicurato deve restituire la somma anticipata entro un mese dalla data di erogazione. In caso di ritardo, verranno addebitati gli interessi al tasso legale corrente.

COSA FARE IN QUESTO CASO

L'Assicurato deve:

1. comunicarne la causa e l'ammontare della cifra necessaria;
2. fornire le adeguate garanzie bancarie scritte per la restituzione di quanto anticipato;
3. comunicare il suo recapito e quello dei referenti necessari a verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

NOTA BENE:

La prestazione non è operante se il trasferimento di denaro all'estero comporta la violazione delle norme vigenti in materia in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS35 RIMBORSO SPESE TELEFONICHE DOCUMENTATE

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Struttura Organizzativa rimborsa le spese telefoniche realmente sostenute e documentabili per comunica con la struttura stessa.

Massimale	500 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

2 - CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. AS36 EFFETTI GIURIDICI

- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
- La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
- Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile.
- In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
- Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa.
- La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana

ART. AS37 AMBITO DI VALIDITÀ TERRITORIALE

Per le prestazioni di Assistenza l'ambito di validità territoriale è riportato all'interno di ciascun articolo. Ove non indicato espressamente le prestazioni di assistenza si intendono operanti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

Ove indicato che la prestazione è operante in Italia si intende sempre anche estesa alla Repubblica di San Marino ed alla Città del Vaticano

3 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. AS38 ESCLUSIONI

SONO ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI I SINISTRI CAUSATI O DIPENDENTI DAI CASI SOTTO INDICATI

1. **dolo dell'Assicurato;**
2. **malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
3. **malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;**
4. **le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;**
5. **suicidio o tentato suicidio;**
6. **infortuni avvenuti anteriormente** la data di decorrenza della copertura;
7. **infortuni** derivanti dallo svolgimento delle **seguenti attività**: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **uso del mezzo di mobilità per attività sportiva professionale;**
10. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
11. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristiche di **calamità naturale**, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari**, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
13. **nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto.**

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

"COSA FARE IN CASO DI"

TANTE
SCELTE,
QUALI
DOVERI?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO:

- SUBITO
- DOPO
- DA SOLI
- CON L'AGENTE

1 - INFORTUNI: CHE OBBLIGHI HO?

ART. SI1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO



Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

ART. SI2 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.



L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni ritenute indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. SI3 TERMINE PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO

Dalla data di ricevimento della denuncia di sinistro la Società si impegna a esaminare la pratica **entro il termine di 60 giorni** per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori. Dal ricevimento di tutta la documentazione completa, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, **la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro il termine di 30 giorni**, sempreché non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'Art. 2742 Codice Civile e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

ART. SI4 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere 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 lo ritiene opportuno, 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, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

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

Resta fermo il diritto dell'assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

ART. SI5 VERIFICA DELL'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini.



Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni.

Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

ART. SI6 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

2 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI - CHE OBBLIGHI HO?

ART. SRC1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO



In caso di sinistro il contraente/l'Assicurato deve:

1. comunicare tempestivamente notizie, domande o azioni avanzate dal danneggiato o dagli aventi diritto;
2. mettere a disposizione della Società o del perito incaricato tutti gli elementi e documenti ritenuti utili e necessari in suo possesso o, se non immediatamente disponibili, ragionevolmente acquisibili per agevolare le indagini e le verifiche del danno;
3. astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi prima consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati;
4. trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario notificato a lui o a un componente del suo nucleo familiare;
5. collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;
6. produrre la documentazione in suo possesso o, se non immediatamente disponibile, ragionevolmente da lui acquisibile;
7. comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, se la procedura giudiziale lo prevede o se la sua comparizione in giudizio è ragionevolmente ritenuta utile e necessaria dalla Società per la difesa.

Se il Contraente / l'Assicurato non adempie a questi obblighi, la Società può non assumerne la difesa.

ART. SRC2 COME DENUNCIARE IL SINISTRO



COME DENUNCIO IL SINISTRO?"

Il contraente o l'assicurato deve avvisare la Società:

- **comunicando per iscritto**
- **all'agenzia** alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società
- **entro 5 giorni** dal momento in cui si è verificato il sinistro o da quando ne è venuto a conoscenza
 - la data, l'ora e il luogo del sinistro;
 - la causa del sinistro, la descrizione delle circostanze e le relative conseguenze;
 - il nominativo di eventuali terzi danneggiati;
 - il nominativo di eventuali testimoni;
 - la descrizione dei beni danneggiati o sottratti e l'indicazione, anche approssimativa, dell'ammontare del danno;
 - il numero di polizza e il nominativo del contraente.
- **utilizzando gli altri eventuali canali messi a disposizione dalla Società ed indicati sul sito www.cattolica.it alla pagina "Cosa fare in caso di sinistro - Sinistri non auto", fornendo nel rispetto delle procedure previste tutte le informazioni richieste.**



Se **coesistono altre assicurazioni** per lo stesso rischio, il contraente o l'assicurato **deve avvisare ciascun assicuratore**, comunicandolo all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società.

Se per gravi impedimenti documentabili, il Contraente o l'Assicurato non è in grado di adempiere a questi obblighi, sarà ritenuto valido l'avviso di sinistro dato da un familiare o da altra persona.

ART. SRC3 GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che

giudiziale, sia civile che penale, a nome del contraente e/o assicurato, nominando, ove occorra, legali o tecnici, e avvalendosi di tutti i diritti e di tutte le azioni spettanti all'assicurato stesso.

La Società garantisce comunque la prosecuzione della difesa dell'assicurato in sede penale fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione del terzo danneggiato

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere in giudizio all'azione promossa contro l'assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del massimale indicato in polizza.

Se la somma dovuta al danneggiato supera il massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e il Contraente e/o Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

ESCLUSIONI:

La Società **non risponde di spese** sostenute dall'Assicurato per:

- legali o tecnici che non siano da essa designati;
- multe o ammende;
- spese di giustizia penale di difesa, qualora vi sia qualsiasi riconoscimento di responsabilità.

ART. SRC4 TERMINE PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO

Dalla data di ricevimento della denuncia di sinistro la Società si impegna a esaminare la pratica **entro il termine di 60 giorni** per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori.

Dal ricevimento di tutta la documentazione completa, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro il termine di 30 giorni, **sempreché non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'Art. 2742 Codice Civile e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.**

3 - FURTO E RAPINA, DANNI ACCIDENTALI AI MEZZI NON TARGATI DI PROPRIETA'- CHE OBBLIGHI HO?

ART. SFRD1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - NORME DI BASE



IN CASO DI SINISTRO IL CONTRAENTE O L'ASSICURATO DEVONO:

- **Fare il possibile per evitare che il danno si aggravi.**
In particolare in caso di furto, scippo, rapina, estorsione, truffa,
 - **attivarsi per recuperare i beni sottratti adottando e predisponendo, se opportuno, i mezzi strettamente necessari atti a conservare e custodire i beni illesi e quelli parzialmente danneggiati fino al primo sopralluogo del perito incaricato dalla Società e comunque per un periodo non superiore a 30 giorni dalla data del primo avviso.**
- **Conservare le tracce del sinistro:**
 - **fino al primo sopralluogo del perito incaricato dalla Società;**
 - **per un periodo non superiore a 30 giorni dalla data del primo avviso**
- **Mettere a disposizione della Società o del perito incaricato tutti gli elementi e documenti ritenuti utili e necessari in suo possesso.**
In caso non fossero immediatamente disponibili, quelli ragionevolmente acquisibili per agevolare le indagini e le verifiche del danno, come ad esempio:
 - **documenti di acquisto, fatture, ricevute fiscali...**
 - **registri**
 - **fotogrammi**
 - **dichiarazioni testimoniali.**

- **Attivarsi per facilitare le indagini e gli accertamenti che la Società ed i Periti ritenessero necessario esperire presso terzi;**
- **Dare dimostrazione del valore del mezzo non targato;**
- **Denunciare la distruzione o la sottrazione di eventuali titoli di credito:**
 - **anche al debitore,**
 - **tempestivamente e nel più breve tempo possibile;**
 - e intraprendere, se possibile, la procedura di ammortamento.

NOTA BENE:

Le spese sostenute per evitare o diminuire il danno a seguito di sinistro sono a carico della Società, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che le cose avevano al momento del sinistro, inclusi i casi in cui

- l'ammontare delle spese stesse, unitamente a quello del danno, superi la somma assicurata,
- non si sia raggiunto lo scopo,

salvo che la Società provi che le spese sono state fatte inconsideratamente ai sensi dell'Art. 1914 del Codice Civile.

PERDITA DELL'INDENNIZZO

L'inadempimento degli obblighi di avviso o di salvataggio prescritti rispettivamente dall'Art. 1913 e dall'Art. 1914 del Codice Civile possono determinare la perdita dell'indennizzo (Art. 1915 Codice Civile), in misura:

- parziale, se l'inadempimento è colposo;
- totale, se l'inadempimento è doloso.

ART. SFRD2 COME DENUNCIARE IL SINISTRO

IN CASO DI SINISTRO IL CONTRAENTE O L'ASSICURATO DEVONO:

1. Comunicare per iscritto

- all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società
- **entro 5 giorni** dal momento del sinistro o da quando ne è venuto a conoscenza
 - **la data, l'ora e il luogo del sinistro;**
 - **la causa del sinistro, la descrizione delle circostanze e le relative conseguenze;**
 - **il nominativo di eventuali testimoni;**
 - **il nominativo di eventuali terzi danneggiati;**
 - **la descrizione dei beni danneggiati o sottratti e l'indicazione, anche approssimativa, dell'ammontare del danno;**
 - **il numero di polizza e il nominativo del Contraente**
 - **copia del verbale di accesso al pronto soccorso o altra struttura sanitaria attestante le dinamiche dell'incidente;**
 - **preventivo di riparazione del mezzo non targato.**

2. Nei 25 giorni successivi al primo avviso bisogna:

- **fornire**, se non è già stato fatto, un elenco dettagliato dei beni danneggiati o sottratti, descrivendo il loro stato d'uso;
- **inviare** copia dell'eventuale denuncia all'autorità competente.

3. In caso di sospetto reato, bisogna fare denuncia all'autorità entro 5 giorni dal momento del sinistro o da quando ne è venuto a conoscenza.

Se sulla base dei primi rilievi emergono elementi tali da far ragionevolmente ipotizzare che le cause dell'evento siano imputabili a un reato:

- è necessario denunciare l'accaduto alle autorità competenti del luogo,
- con una descrizione il più possibile particolareggiata
- e con l'indicazione del presumibile ammontare del danno.

Se per gravi impedimenti documentabili, il Contraente o l'Assicurato non è in grado di adempiere a questi obblighi, sarà ritenuto valido l'avviso di sinistro dato da un familiare o da altra persona.



COSA FARE IN CASO COESISTANO PIÙ ASSICURAZIONI?

Bisogna avvisare ciascun assicuratore: in sostanza se ci fossero più assicurazioni sugli stessi beni e per lo stesso rischio, il Contraente o l'Assicurato devono comunicare quanto avvenuto ai rispettivi interlocutori, avvisando l'agenzia alla quale è assegnata la polizza o la Società.

ART. SFRD3 CRITERI PER DETERMINARE IL VALORE DEI BENI ASSICURATI E L'AMMONTARE DEL DANNO

La determinazione del valore dei beni assicurati e del danno dipendono direttamente dalla forma e dal tipo di garanzia scelti dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto e indicati in polizza.

FURTO E RAPINA: FORMA DI GARANZIA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO

1. La Società risponde del danno sino alla concorrenza della somma assicurata,
 - indipendentemente dal valore effettivo dei beni assicurati al momento del sinistro
 - senza applicare la regola proporzionale ai sensi dell'Art. 1907 del Codice Civile.
2. Eventuali recuperi in eccedenza a quanto già liquidato spettano all'Assicurato.

ART. SFRD4 COME VALUTARE IL DANNO AL MEZZO NON TARGATO DI PROPRIETÀ

COME VIENE STIMATO IL VALORE CHE LE COSE ASSICURATE AVEVANO AL MOMENTO DEL SINISTRO?

Premesso che salvo il caso previsto dall'Art. 1914 Codice Civile, per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somme maggiori di quelle assicurate, al momento del sinistro si procede alla stima del valore dei beni e alla determinazione del danno, separatamente per ogni singola partita assicurata, secondo i seguenti criteri:

Mezzi non targati di proprietà

La determinazione del danno viene eseguita in base al Valore Commerciale dei mezzi non targati al momento del sinistro, partendo dal Valore di acquisto del mezzo non targato di proprietà e decurtando il "deprezzamento" dovuto alla normale vetustà, funzionalità, stato di manutenzione e conservazione che viene predeterminato (e non modificabile) secondo quanto previsto dalla seguente tabella in base all'età:

Età del mezzo non targato	Deprezzamento da applicare
fino al 6° mese (compreso) dalla data di acquisto	20%
dal 7° mese al 12° mese (compreso) dalla data di acquisto	35%
dal 13° mese al 36° mese (compreso) dalla data di acquisto	50%
oltre il 36° mese dalla data di acquisto	80%

ART. SFRD5 VERIFICA DELLO STATO DELLE COSE ASSICURATE

La verifica dello stato delle Cose assicurate e l'eventuale visione di fatture o altra documentazione avverrà

previo accordo tra la Società e l'Assicurato.

ART. SFRD6 CHI VALUTA IL DANNO

L'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le parti, anche con l'ausilio di tecnologie connesse.

Ogni parte può richiedere di demandare la determinazione del danno a un collegio di periti (come indicato all'Art. SFRD7 "Come agiscono i periti").

La valutazione del danno dovrà essere comunque svolta secondo i criteri evidenziati garanzia per garanzia, determinando il danno separatamente per ogni singolo bene assicurato.

Per quantificare il danno indennizzabile, sull'ammontare complessivo del danno calcolato secondo quanto indicato all'Art. SFRD4 "Come valutare il danno al mezzo non targato di proprietà", per ogni sinistro vengono applicati gli scoperti, le franchigie e i limiti di indennizzo indicati in polizza.

ART. SFRD7 COME AGISCONO I PERITI



1. Cos'è il Mandato peritale

Se una parte lo richiede la determinazione del danno viene demandata a un collegio di tre periti, che si riunisce nel comune in cui si trova l'abitazione assicurata o la maggior parte dei beni assicurati.

Ogni parte deve indicare il proprio perito; il terzo sarà scelto di comune accordo dai periti stessi, altrimenti la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale del luogo di riunione del collegio.

Ciascuna parte provvede a remunerare il proprio perito, mentre concorre per metà alle spese del terzo.

2. Contenuto del mandato

i periti:

- indagano sulle circostanze che hanno determinato il verificarsi dell'evento dannoso e sulla modalità del sinistro;
- verificano le circostanze rispetto a quanto dichiarato dall'Assicurato e/o Contraente al momento della stipula del contratto;
- accertano l'esistenza, la qualità e la quantità delle cose assicurate, determinandone il valore al momento del sinistro;
- procedono alla stima del danno subito, comprese le spese di salvataggio e, se previste, di demolizione e sgombero.

3. Risultati della perizia

I risultati delle operazioni peritali sono raccolti in un verbale, redatto in doppio originale e consegnato in copia a ognuna delle parti, nel quale viene indicato anche il dettaglio delle stime.



I risultati della perizia raggiunti a maggioranza sono vincolanti tra le parti, anche se il perito da ciascuna di esse nominato non abbia sottoscritto il verbale invece firmato dai restanti periti.

Le motivazioni del dissenso devono essere indicate nel verbale.

ART. SFRD8 RECUPERO TOTALE O PARZIALE DEI BENI RUBATI

NOTA BENE: articolo valido solo se acquistata la sezione Furto e Rapine.



COSA AVVIENE SE LE COSE RUBATE VENGONO RECUPERATE, IN TUTTO O IN PARTE?

1. Appena avuta notizia l'Assicurato e/o il Contraente deve darne comunicazione alla Società.
2. Se il danno è stato indennizzato integralmente, le cose recuperate diventano di proprietà della Società.

3. Se il danno è stato indennizzato solo in parte, l'Assicurato può conservare la proprietà delle cose recuperate, previa restituzione dell'importo dell'indennizzo riscosso dalla Società per le stesse, o di farle vendere. La Società procede a una nuova valutazione del danno, sottraendo dall'ammontare del danno accertato originariamente il valore delle cose recuperate; sull'importo così ottenuto viene ricalcolato l'indennizzo a termini di polizza e si effettuano i relativi conguagli.
4. L'Assicurato può decidere di lasciare alla Società le cose rubate se queste vengono ritrovate dopo 45 giorni dalla denuncia, anche nel caso in cui il danno non sia stato integralmente rimborsato.

ART. SFRD9 TERMINE PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO

Denuncia del sinistro: la Società si impegna a esaminare la pratica **entro 60 giorni** dal ricevimento della denuncia, per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori.

Liquidazione del sinistro: verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa (se non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'Art. 2742 Codice Civile e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato).

In caso di procedura giudiziaria sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto **solo quando** l'Assicurato dimostri che non ricorre alcuno dei casi di decadenza prevista dalle condizioni generali di assicurazione.

Il limite di 30 giorni per la liquidazione del sinistro non si applica alle spese per evitare o diminuire il danno sostenute dalla Società, che ai sensi dell'Art. 1914 del Codice Civile possono rimanere a suo carico anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata.

4 - RIMBORSO SPESE MOBILITÀ- CHE OBBLIGHI HO?

ART. SRS1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 (dieci) giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

ART. SRS2 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve **contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato** ed una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Per la garanzia Rimborso biglietti mezzi di trasporto:

- **la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società da parte del Contraente della seguente documentazione:**
 - **copia del biglietto del pullman, treno nave o aereo, che attesta la prenotazione del viaggio non effettuato, con indicazione dell'orario e luogo di partenza previsto;**
 - **documentazione oggettivamente provante la causa della perdita del pulman, del treno, della nave o dell'aereo, che attesti le circostanze imprevedibili rientranti in copertura o l'infortunio indennizzabile ai termini di polizza;**
 - **copia del nuovo titolo di viaggio acquistato per raggiungere il luogo di destinazione finale.**

Per la garanzia Rifacimento Documenti:

- **la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società da parte del Contraente della seguente documentazione:**
 - **copia della denuncia alle Autorità attestante il furto, la rapina o l'incendio che ha portato la perdita dei documenti di Carta d'Identità, Passaporto o Patente di guida;**

- **documentazione comprovante le spese sostenute per il rifacimento di Carta d'Identità, Passaporto o Patente di guida.**

Per la garanzia Rimborso franchigia servizi in sharing:

- **la liquidazione del danno ha luogo dietro presentazione alla Società, da parte del Contraente, dei seguenti documenti:**
 - **copia della documentazione comprovante l'attivazione del noleggio e il pagamento della franchigia;**
 - **copia del verbale delle Autorità intervenute in caso di incidente (nel solo caso del Bikesharing).**

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie.

ART. SRS3 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere 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 il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

ART. SRS4 VERIFICA SULL'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società verifica l'indennizzabilità entro 45 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 45 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi, una volta in possesso dell'atto notorio.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 45 giorni.

Ove la Società non ritenga indennizzabile il sinistro ne darà comunicazione all'assicurato entro 45 giorni dall'accertamento.

ART. SRS5 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

5 - ASSISTENZA - CHE OBBLIGHI HO?

ART. SA1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa che opera 24 ore su 24** ed interviene direttamente o autorizza esplicitamente l'Assicurato ad organizzare in autonomia la prestazione, utilizzando i seguenti recapiti telefonici:

**DALL'ITALIA:
800 572 572
(NUMERO VERDE)**

**DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 570**

Qualora l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa può mettersi in contatto tramite l'indirizzo di posta elettronica:

assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- **codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;**
- **motivazione della richiesta / circostanza del rischio;**
- **tipo di servizio richiesto;**
- **indirizzo del luogo in cui si trova;**
- **recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.**

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

In caso di autorizzazione all'organizzazione in autonomia della prestazione di assistenza l'Assicurato riceve dalla Struttura Organizzativa tramite SMS (Short Message System) il numero univoco di pratica assegnata e le modalità per inoltrare i giustificativi di spesa per la valutazione del rimborso di quanto anticipato entro i massimali previsti.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- **siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o**
- **siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;**

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: rimborsi.gruppocattolica@IMAItalia.it

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

➔ 6 - TUTELA LEGALE - CHE OBBLIGHI HO?

ART. STL1 PREMESSA DI AFFIDAMENTO DEI SINISTRI

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Art. 163 e Art. 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a:

D.A.S.
Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
con sede in Verona, Via Enrico Fermi 9/B
e-mail sinistri@das.it - sito web www.das.it

in seguito denominata D.A.S.

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai sinistri, secondo quanto indicato all'Art. STL3 "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Ad integrazione delle garanzie sottoscritte, la Società offre un servizio di Consulenza legale telefonica nell'ambito delle materie previste in polizza al fine di affrontare in modo corretto una controversia di natura legale, per impostare correttamente comunicazioni rivolte a una controparte (ad esempio richieste di risarcimento o diffide) e per ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

L'Assicurato potrà accedere al servizio D.A.S. contattando il seguente numero verde in orario d'ufficio:

**Servizio di Consulenza
legale telefonica**

**NUMERO VERDE:
800 562 562**

**DALL'ESTERO
+39 045 83 92 721**

lunedì – venerdì 8.00-18.00

ART. STL2 QUALI OBBLIGHI HA L'ASSICURATO

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per avere diritto alle prestazioni previste, l'Assicurato:

- a) deve denunciare subito il sinistro e comunque entro il tempo utile per la sua difesa;
- b) deve aggiornare subito D.A.S. su ogni circostanza rilevante per l'erogazione delle prestazioni previste;
- c) prima di incaricare un legale o un perito, deve avvisare D.A.S. e deve aver ottenuto conferma a procedere;
- d) prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato, deve ottenere conferma a procedere da parte di D.A.S. Anche quando ha ottenuto la conferma a procedere, D.A.S. non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- e) senza la preventiva autorizzazione di D.A.S. non può concordare con la controparte alcuna transazione o accordo per definire la controversia che preveda a carico di D.A.S. spese ulteriori rispetto alle competenze del legale dell'Assicurato. Se l'Assicurato procede senza autorizzazione, D.A.S. garantisce il rimborso degli oneri a suo carico solo dopo aver verificato l'effettiva urgenza e la convenienza nel concludere l'operazione.

ART. STL3 DENUNCIA DEL SINISTRO E SCELTA DEL LEGALE

LA DENUNCIA DEL SINISTRO DEVE ESSERE PRESENTATA:

Per richiedere le prestazioni previste, l'Assicurato deve segnalare tempestivamente l'accaduto a D.A.S. chiamando o scrivendo:

NUMERO VERDE:
800 572 572

DALL'ESTERO
+39 02 24 12 85 70

lunedì – venerdì 8.00-18.00

e-mail: sinistri@das.it

D.A.S. raccoglie la richiesta (denuncia di sinistro), indica i documenti necessari per attivare la garanzia in funzione della tipologia di evento accaduto, fornisce tutte le informazioni sulle modalità di gestione del caso e rilascia un numero identificativo della pratica.

Tutta la documentazione deve essere regolarizzata a spese dell'Assicurato, se previsto dalle norme fiscali di bollo e di registro.

Per potersi validamente avvalere delle prestazioni previste, l'Assicurato deve far pervenire tempestivamente a D.A.S. copia di ogni ulteriore atto o documento arrivato dopo la denuncia di sinistro e ogni notizia utile alla gestione del suo caso.

In caso di procedimento penale l'Assicurato deve denunciare il sinistro quando ha inizio l'azione penale o comunque nel momento in cui ha avuto notizia di coinvolgimento nell'indagine penale.



L'ASSICURATO PUÒ DENUNCIARE I NUOVI SINISTRI UTILIZZANDO:



ART. STL4 GESTIONE DEL SINISTRO

- 1) **Prima dell'eventuale azione in giudizio, la gestione del caso è riservata a D.A.S., secondo le seguenti disposizioni:**
 - a) ricevuta la denuncia del sinistro, D.A.S. svolge ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia, direttamente o con l'ausilio di professionisti da essa individuati, (ai sensi dell'Art. 164 comma 2, lett.a) del codice delle assicurazioni private - D.lgs. 209/2005). **A tal fine, quando richiesto da D.A.S., l'Assicurato deve rilasciare apposita procura per la gestione della controversia;**
 - b) per risolvere la controversia, D.A.S. valuta l'opportunità di ricorrere o aderire a procedure di risoluzione amichevole delle controversie;
 - c) l'Assicurato può scegliere fin da questa fase un legale di propria fiducia se si verifica una situazione di conflitto di interessi con D.A.S.
- 2) **D.A.S. autorizza l'eventuale azione in giudizio:**
 - a) sempre, quando è necessaria la difesa dell'Assicurato in un procedimento penale o per resistere a un'azione civile promossa da terzi;
 - b) **se la composizione amichevole non riesce, e le pretese dell'Assicurato hanno possibilità di successo, negli altri casi. L'Assicurato comunica a D.A.S. le informazioni e le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio per consentire a D.A.S. di valutare le possibilità di successo.**
- 3) **Per la fase giudiziale D.A.S. trasmette la pratica al legale designato in base alle seguenti disposizioni:**
 - a) l'Assicurato può indicare a D.A.S. un legale di propria fiducia;
 - b) **se l'Assicurato non fornisce il nome di un avvocato, D.A.S. può individuare direttamente il legale;**
 - c) **l'Assicurato deve in ogni caso dare regolare mandato al legale individuato fornendogli tutte le informazioni e i documenti necessari per consentire la miglior tutela dei propri interessi;**
 - d) **se nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decide di revocare l'incarico professionale dato a un legale e di darlo ad uno nuovo, D.A.S. non rimborsa le spese del nuovo legale riferite ad attività già svolte dal primo avvocato. Questa disposizione non si applica nel caso di rinuncia all'incarico da parte del legale.**
- 4) **D.A.S. gestisce a tutti gli effetti un unico sinistro:**
 - a) in presenza di vertenze, promosse da o contro una o più persone e che hanno per oggetto domande identiche o connesse;
 - b) in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali sono coinvolti uno o più Assicurati;

- c) se l'evento che dà diritto alle prestazioni si protrae con più violazioni successive della stessa natura.

ART. STL5 ARBITRATO PER CONFLITTO E DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo tra l'Assicurato e D.A.S. sulla gestione del sinistro, entrambi possono chiedere di demandare la questione a un arbitro scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

L'Assicurato e D.A.S. contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, **salvo diverso accordo tra le parti.**

L'arbitro decide secondo equità. Se la decisione dell'arbitro è sfavorevole all'Assicurato, questi può ugualmente procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da D.A.S., in linea di fatto o di diritto, può richiedere alla Società il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, **nei limiti del massimale previsto.**

Se l'Assicurato intende in alternativa adire le vie giudiziarie, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione come previsto dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010.

ART. STL6 TERMINI DI LIQUIDAZIONE

Nell'erogazione delle prestazioni, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutate le spese sostenute dall'assicurato, **D.A.S. entro 30 giorni:**

- paga l'indennizzo;
- comunica i motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato.

ART. STL7 ESONERO DI RESPONSABILITÀ

La Società e D.A.S. non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

La Società e D.A.S. non sono responsabili di eventuali ritardi nell'erogazione delle prestazioni che sono stati causati dalla mancanza di idonea documentazione a supporto delle richieste dell'Assicurato.