Generali Italia S.p.A.

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA AZIENDALE

Contratto di Assicurazione
Assicurazione Infortuni cumulativa aziendale

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- **Nota informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

GENERALI

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

NOTA INFORMATIVA

Assicurazione infortuni cumulativa aziendale

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

GLOSSARIO

Assicurato	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto e che è obbligata al pagamento del premio.
Extraprofessionale	Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana. Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria
Ictus	Ictus cerebrale: accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero.
Infarto	Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalidità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Professionale	Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Generali Italia S.p.A è società appartenente al gruppo Generali.

1. La sede legale è in Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
2. Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com.
3. L'impresa di assicurazione è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero n. 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
4. Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto ammonta a 11.717.211.000 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.000 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9.322.025.000 euro.
L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 4,11 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONISUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola (cod. I119 del clausolario di polizza), prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6.6 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il presente contratto è dedicato per l'assicurazione di tutti i soggetti che intrattengono un rapporto di natura economico-professionale con la Società o Ente che contrae la Polizza. L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione (art. 4.4 delle condizioni di assicurazione). Il Contraente ha facoltà di assicurare:

- persone nominativamente indicate in polizza;
- categorie professionali come ad esempio operai, impiegati e dirigenti. In tal caso non è necessario identificare in polizza le generalità delle singole persone assicurate.

Il contratto prevede di base una copertura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali
Le principali prestazioni offerte in caso di infortunio sono: Invalidità permanente, Morte, Indennità giornaliera da ricovero, Inabilità temporanea, Indennità giornaliera da ingessatura, Rimborso spese sanitarie. Per una descrizione completa delle citate prestazioni e di altre disponibili per la presente assicurazione, che sono operanti unicamente se richiamate in polizza, si rinvia al capitolo 3 "Garanzie prestate" delle condizioni di assicurazione ed al clausolario di polizza.

E' possibile integrare l'assicurazione infortuni con alcune prestazioni malattie tra cui si segnalano in particolare l'Invalidità permanente in caso di malattia, l'Invalidità permanente da ictus o infarto e l'Indennità giornaliera da ricovero. Per una descrizione completa delle citate prestazioni e di altre disponibili, che sono operanti unicamente se richiamate in polizza, si rinvia al clausolario di polizza.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli artt. 2.2 e 6.3 delle condizioni di assicurazione, alla clausola speciale I123 "Regolazione del premio" se operante e alle clausole speciali che disciplinano le prestazioni malattia identificate dai codici di clausola speciale M117, M118, M119, M120, M121, M122 e M123.

Avvertenza: il contratto prevede specifici criteri per la determinazione dell'indennizzo spettante nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.2 delle condizioni di assicurazione ed ai codici di clausola speciale M117, M118, M119 e M122.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. In particolare, si rinvia:

- agli articoli 2.3, 3.2, dal 3.7 al 3.9 e 4.1 delle condizioni di assicurazione;
- ai codici di clausola speciale I104, I105, M117, M118, M119 e M122;

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Invalidità permanente a seguito di infortunio: capitale assicurato euro 250.000,00, franchigia a scaglioni (ad esempio 0% fino a euro 160.000,00 e 3% oltre euro 160.000,00 e fino a euro 260.000,00).

In caso di infortunio che abbia comportato un'invalidità permanente accertata del 12% l'indennizzo viene così determinato:

- sul primo scaglione di somma assicurata pari a euro 160.000,00 si riconosce la percentuale di invalidità accertata senza deduzione di alcuna franchigia ossia euro 160.000,00*12/100 = euro 19.200,00;
- sulla somma eccedente (250.000,00-160.000,00 = 90.000,00) si riconosce la percentuale di invalidità accertata dedotti 3 punti ossia euro 90.000,00*(12-3)/100 = euro 8.100,00.

L'indennizzo complessivo riconosciuto sarà pertanto pari a euro 19.200,00 + 8.100,00 = euro 27.300,00

Inabilità temporanea: somma assicurata di euro 50,00 con franchigia assoluta di 10 giorni sulla parte di somma assicurata eccedente euro 30,00 e fino a euro 60,00. A seguito di infortunio viene riconosciuta all'Assicurato un'inabilità temporanea di 18 giorni (13 giorni di inabilità totale e 5 giorni di inabilità parziale che prevede la corresponsione del 50% della somma assicurata). L'indennizzo viene così calcolato:

1. Sulla parte di somma assicurata senza franchigia pari a euro 30,00:
   - Inabilità totale euro 30,00*13 = euro 390,00
   - Inabilità parziale euro 15,00 *5 = euro 75,00

2. Sulla parte di somma assicurata con franchigia di 10 giorni pari a euro 20,00 (50,00 – 30,00):
   - Inabilità totale euro 20,00*(13-10) = euro 60,00
   - Inabilità parziale euro 10,00 *5 = euro 50,00

L'indennizzo complessivo riconosciuto sarà pertanto pari a euro 390,00 + 75,00 + 60,00 + 50,00 = euro 575,00

Avvertenza: la polizza prevede un limite massimo di età assicurabile pari a 75 anni sempreché il relativo premio non risulti regolarmente pagato anche oltre tale limite. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.4 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenze: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'articolo 6.1 delle condizioni di assicurazione.

La compilazione del questionario sanitario, se previsto, deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto dagli articoli 2.4, 4.2 e 4.4 delle condizioni di assicurazione.

Con riferimento alle variazioni nella professione è necessario distinguere tra l'assicurazione prestata per persone nominativamente indicate in contratto e l'assicurazione prestata a favore di categorie professionali.
Nel primo caso e purché permanga tra Assicurato e Contraente il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione, il cambiamento delle specifiche mansioni lavorative va comunicato alla Società ai sensi degli artt. 1898 e 1897 del codice civile.
Nel secondo caso, qualora un Assicurato cambi inquadramento professionale e la nuova qualifica non sia più assimilabile ad alcuna delle categorie professionali indicate in contratto, l'assicurazione cessa nei suoi confronti dalla data in cui viene registrato nei libri di amministrazione del Contraente l'aggiornamento della qualifica professionale.
In entrambi i casi e considerato che l'Assicurazione vale in quanto permanga tra Assicurato e Contraente il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'Assicurazione, qualora l'Assicurato non presti più servizio presso il Contraente l'assicurazione cessa nei suoi confronti dalla data di cessazione del servizio come risulta dai libri di amministrazione del Contraente.

Esempio
L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da epilessia. In base a quanto previsto dall'art. 2.4 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa automaticamente nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

6. Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.
Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;

- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (addebito diretto SEPA (SDD));
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.
Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:
- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base della numerosità degli Assicurati;
- sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
Il presente contratto non prevede alcun adeguamento del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso
Avvertenza: il contratto prevede, sia per il Contraente sia per la Società la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge e, per la Società, dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. La Società non può esercitare il diritto di recesso in caso di sinistro afferente alle prestazioni malattia.
Si rinvia all'art. 6.5 delle condizioni di assicurazione e all'art. 1899 del codice civile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.
Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del codice civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

10. Legge applicabile al contratto
Al contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale
Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
Avvertenza: per le garanzie infortuni si precisa che:
- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio;
- la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

Per le garanzie malattie si precisa che:
- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide:
  a) con la data di conoscenza o diagnosi della malattia per quanto attiene alle garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Assistenza personale per infermità" nelle sue diverse forme;
  b) con la data di manifestazione della malattia per quanto attiene alla garanzia "Invalidità permanente da ictus e infarto";
  c) con la data di inizio del ricovero per quanto attiene alla garanzia "Indennità giornaliera da ricovero";
- la denuncia del sinistro deve avvenire entro 30 giorni dalla diagnosi clinica della malattia o da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile per le garanzie Invalidità permanente da malattia e

Invalidità permanente da ictus e infarto e entro 3 giorni dalla data in cui si è verificato il sinistro o da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile per quanto attiene la garanzia Indennità giornaliera di ricovero e Assistenza personale per infermità";
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro;
- se operanti le garanzie"Invalidità permanente da malattia" e/o "Invalidità permanente da ictus e infarto" la percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi 150 giorni dalla denuncia e non oltre 210 giorni dalla stessa.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia alle norme:
- del capitolo 5. "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione;
- dei codici di clausola speciale M117, M118, M119, M120, M121, M122 e M123 del clausolario di polizza.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.
La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:
- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

14. Arbitrato e Mediazione

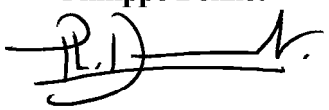
In caso di controversia tra le Parti relativa a questioni mediche è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale. L'arbitrato avrà luogo nel comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:
Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)
e-mail: generaliitalia@pec.generaligroup.com

Avvertenze: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a:
Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione)
Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma
Fax 06.44.494.313
e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

***

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Generali Italia S.p.A.
Amministratore Delegato e Direttore Generale
Philippe Donnet



Mod. I45NI02 - Pagina 6 di 6 - Ed. 25.07.2015

Generali Italia S.p.A.

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA AZIENDALE

Contratto di Assicurazione
Assicurazione Infortuni cumulativa aziendale

Contraente: SIPPS

Polizza n°: 370697749

GENERALI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA AZIENDALE

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato
La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Atto terroristico
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 agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Beneficiario
La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Contraente
La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Professionale
Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

Extraprofessionale
Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.
Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

Completa
Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nei casi previsti per l'ambito di operatività dell'assicurazione "Professionale" che in quelli previsti per l'ambito di operatività "Extraprofessionale".

Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. *Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.*
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1

Ambito di operatività dell'assicurazione	Per ciascuna categoria o persona assicurata l'assicurazione è operante per l'ambito di operatività indicato nella relativa Appendice alla voce "Ambito di operatività".

Art. 1.2

Estensione territoriale	L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Precisazioni sull'ambito di operatività

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
b) l'assideramento e il congelamento;
c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, r*estando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
e) l'annegamento;
f) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o atto terroristico nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);
g) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria;*
h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave - gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

servizio militare - gli infortuni avvenuti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso e i richiami per esercitazioni, *con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;*

pratica sportiva - gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, *ad eccezione del paracadutismo e degli sport aerei in genere;*

eventi speciali - gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni**.**

Art. 2.2

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

a) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;

b) gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi;

l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;

c) *gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal successivo art. 4.1 "Rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*

d) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;*

e) *gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione;*

f) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*

g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche o da trattamenti non resi necessari da infortunio;*

h) *le ernie, gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini;*

i) *le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*

j) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra.*

Art. 2.3

Limite per evento catastrofale

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.
Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 2.4

Persone escluse dalla assicurazione – Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni.

Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1

Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere il massimo valore del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2

Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui al precedente art. 3.1 con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- *fino a euro 160.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, senza deduzione di alcun punto;*
- *sulla parte eccedente euro 160.000,00 e fino a euro 260.000,00 si applica la*

percentuale di invalidità accertata, dedotti 3 punti;
- *sulla parte eccedente euro 260.000,00 e fino a euro 520.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 5 punti;*
- *sulla parte eccedente euro 520.000,00 e fino a euro 750.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 10 punti;*
- *sulla parte eccedente euro 750.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 15 punti.*

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 3.3

Indennità privilegiata per invalidità permanente grave da infortunio

Nel caso in cui la invalidità permanente da infortunio sia di grado superiore al 60%, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato al 100% sulla somma assicurata in polizza per invalidità permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'art. 5.2 "Criteri di indennizzabilità".

Art. 3.4

Indennità speciale per menomazioni estetiche

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Società liquida una ulteriore indennità a titolo di invalidità permanente con una franchigia assoluta del 5%.
Pertanto la Società non liquida alcuna indennità se la deturpazione o lo sfregio determina una invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale; se invece tale invalidità permanente supera il 5% della totale, la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo di euro 60.000,00.

Art. 3.5

Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la

Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.
A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 3.6

Rimpatrio salma

In caso di decesso conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma, debitamente documentate, fino ad un massimo di euro 5.000,00.

Art. 3.7

Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

Qualora in caso di infortunio l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura, la Società liquida una indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite giornaliero di euro 100,00 *e per un periodo massimo di 360 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio.*

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in istituto di cura.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dal successivo art. 3.8.

Art. 3.8

Indennità giornaliera da ingessatura

Qualora in caso di infortunio all'Assicurato venga applicato apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di euro 100,00 *e per un periodo massimo di 100 giorni fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante esterno equivalente.*

L'assicurazione si intende inoltre estesa, *sempre per la durata massima di 100 giorni,* anche ai casi di immobilità fisica comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, quando, in uno dei seguenti casi, non sia comunque clinicamente possibile applicare l'ingessatura o il tutore immobilizzante esterno equivalente:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura di almeno 6 costole;

- frattura della colonna vertebrale.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dal precedente art. 3.7 per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'applicazione dell'apparecchio gessato, del tutore immobilizzante esterno equivalente o di immobilità fisica dovuta ai casi sopra citati.

Art. 3.9

Rimborso spese sanitarie e di trasferimento in centro ospedaliero attrezzato in caso di infortunio

In caso di infortunio la Società rimborsa fino a concorrenza di euro 10.000,00 le spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con qualsiasi mezzo, *esclusa comunque l'auto privata;*
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento, anche con aereo, in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'Assicurato.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Art. 3.10

Indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento"

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato una indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente stipulate dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società.

Tale indennità verrà utilizzata per stipulare con la Società un contratto di assicurazione sulla Vita a premio unico scelto dall'Assicurato tra quelli disponibili al momento della sottoscrizione della polizza Vita stessa.

L'ammontare dell'indennità sarà pari all'ammontare dell'ultima rata di premio versata prima della data dell'infortunio nelle polizze Vita in corso, moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi.

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla Vita, con il massimo comunque di euro 100.000,00.
Verificatosi l'evento, la presente assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1

Rischio volo

A parziale deroga dell'art. 2.2 "Esclusioni" – lett. c), la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento, trasporto privato aziendale *(Industrial Aid)* e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto privato aziendale (Industrial Aid) e dal trasporto pubblico di passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclubs;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare le somme di:

- *euro 6.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;*
- *euro 6.000.000,00 per il caso di morte;*
- *euro 6.000,00 per il caso di inabilità temporanea, se assicurata la prestazione;*

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.
In detta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.
Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

L'assicurazione non vale in caso di contratto di durata inferiore all'anno.

Art. 4.2

Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verifichino variazioni di rischio il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società.
Se la variazione implica aggravamento di rischio o rende impossibile la delimitazione del rischio assicurato col presente contratto al punto che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dal contratto, in conformità all'art. 1898 Codice Civile.
Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione, in conformità all'art. 1897 Codice Civile.

Art.4.3

Variazioni della persona del Contraente

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.
Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.
Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.
Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 4.4

Variazioni delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.
Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate alla Società restando inteso che:

- *se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e il Contraente è obbligato al pagamento del relativo premio entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa;*
- *la cessazione dei singoli Assicurati, che comunque deve essere adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione dà luogo ad una corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva.*

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.
L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.
Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.
L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2

Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.3

Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alle garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse, nei seguenti casi:

- per invalidità permanente, qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00;
- per ricovero, *su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino il ricovero stesso*, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile;
- per applicazione di apparecchi gessati o tutori immobilizzanti equivalenti, *su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino la stessa*, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ingessatura";
- per il rimborso delle spese sanitarie, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero e abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 1.000,00. *In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.* L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia "Rimborso spese sanitarie e di trasferimento in centro ospedaliero attrezzato in caso di infortunio", salvo conguaglio a cura ultimata.

Art. 5.4

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al

luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.
È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5

Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

Art. 5.6

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

6. NORME GENERALI

Art. 6.1

Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax

Art. 6.2

Foro competente

Per le azioni riguardanti il presente contratto e per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 5.4 foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede legale del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98.

Art. 6.3

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione – Periodo di assicurazione – Mezzi di pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dal giorno e ora indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (addebito diretto SEPA (SDD));
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Art. 6.4

Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori. La Società, entro 30 giorni dall'avviso, può escludere dall'assicurazione detto rischio o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i casi, di almeno 15 giorni.
Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Tuttavia, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.
Deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia dell'infortunio.

Art. 6.5

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, con effetto dalla successiva scadenza annua del premio.
La Società potrà avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per sinistri relativi alle garanzie Infortuni. In tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, la Società si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le eventuali garanzie Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.
La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 6.6

Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione di anno) e così successivamente, ma col limite di due anni per ogni tacito rinnovo.

Art. 6.7

Tutela della Privacy (D.Lgs. 196/2003)

Premesso che per dare esecuzione al presente contratto la Società tratta dati personali, comuni e sensibili, relativi agli Assicurati, per consentire alla stessa – ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – di effettuare tali trattamenti, i soggetti legittimati a presentare la denuncia di danno sono tenuti ad utilizzare esclusivamente il modulo di denuncia allegato al presente contratto nel quale è riportata l'informativa ex art. 13 dello stesso decreto, con richiesta di consenso al trattamento dei dati.
In ogni caso, qualora il Contraente comunichi alla Società i nominativi degli Assicurati, antecedentemente al verificarsi dei sinistri, allo scopo di consentire alla Società l'allestimento – anche per il tramite di soggetti di cui questa si avvalga in qualità di incaricati, responsabili o di autonomi titolari – dei servizi necessari all'esecuzione del presente contratto, il medesimo è tenuto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, a portare gli Assicurati a conoscenza dell'Informativa privacy allegata al contratto stesso.

Art. 6.8

Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 6.9

Rinvio alle norme di legge

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

Art. 6.10

Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano identificati nominativamente in contratto sin dal sorgere della copertura e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*

- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome, cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie. La Società avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Mod. I901 - Pagina 17 di 17 - Ed. 25.07.2015

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.