

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Mod. D PROTETTO AD CG 02 ED. 03/2007.

DEFINIZIONI

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

ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
BENEFICIARIO	il soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
CONSUMATORE	il soggetto così come definito dall'Art. 1469 bis del C.C.
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione.
DAY HOSPITAL	degenza in Istituto o Casa di Cura in regime esclusivamente diurno.
FRANCHIGIA	parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
GESSATURA	contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretana
IMMOBILIZZAZIONE	contenzione con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente.
INFORTUNIO	è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INVALIDITÀ PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione.
INABILITÀ TEMPORANEA	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.
ISTITUTO DI CURA	ogni struttura sanitaria (pubblica o privata), in Italia o all'estero, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le case di riposo, istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.
OSTEOSINTESI	intervento operatorio per la contenzione di segmenti ossei fratturati mediante inchiodamento, infibulamento e applicazione di protesi o tutori;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte dell'assicurazione.
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro.
SCOPERTO	la quota percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato e che non è mai inferiore al "minimo" espresso in cifra.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SOCIETÀ	Assimoco S.p.A.
SOGGETTO DI RIFERIMENTO	Il soggetto indicato in scheda di polizza, Titolare del Certificato anagrafico di Stato di Famiglia per le polizze in forma Nucleo Familiare. Risulta escluso dalla copertura assicurativa se espressamente indicato in scheda di polizza.
RICOVERO	la permanenza dell'Assicurato a seguito di infortunio in Istituto di Cura con pernottamento.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**Art. 1 - Pagamento del premio**

Ai sensi dell'Art. 1901 C.C. l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al

pagamento dei premi scaduti. I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 2 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 4 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 C.C.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 - Proroga e durata dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 8 - Altre assicurazioni

La Società rinuncia all'obbligo da parte dell'Assicurato/Contraente di comunicare la stipulazione di altre polizze per il medesimo rischio e ciò a parziale deroga dell'Art. 1910 Codice Civile. In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Articolo 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato ai termini di polizza e fino al 60° giorno successivo, al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. La Società entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta di legge, relativo la periodo di rischio non corso. La suddetta facoltà di recesso può essere esercitata anche dal Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella definizione di "Consumatore" ai sensi dell'Art. 1469 bis C.C. In tal caso il recesso è operante con le modalità previste nei precedenti commi.

Art. 10 - Assicurazioni per conto altrui

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

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 - Foro competente

In caso di controversia, è competente il foro di residenza o del domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione**

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

- A) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, compresi quelli occorsi durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa;
- B) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità, purché inerente la vita comune, la vita di relazione, lo svolgimento delle attività domestiche, i passatempi e/o hobbies, lo svolgimento di attività di volontariato (purché esercitata per associazioni legalmente costituite) e più in generale le attività legate alla vita di ogni giorno.

Art. 15 - Rischi compresi in garanzia

La copertura è operante anche per gli infortuni:

- A) sofferti durante l'uso e/o la guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- B) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, sempreché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti; sono compresi

(sempreché l'Assicurato non si trovi alla guida di veicoli a motore di qualsiasi genere) gli infortuni conseguenti ad abuso di alcolici;

- C) subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- D) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- E) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- F) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, a condizione che l'Assicurato si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- G) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su veicoli od elicotteri; fermo restando quello previsto all'Art. 17 lettera A);
- H) come passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza, a condizione che l'Assicurato svolga il servizio in qualità di volontario.

Art. 16 - Rischi parificati ad infortunio

Sono altresì considerati infortuni:

- A) l'asfissia non di origine morbosa;
- B) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- C) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- D) l'annegamento;
- E) l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- F) la folgorazione;
- G) lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali, nei limiti di quanto indicato all'art. 31. Sono esclusi gli infarti e le ernie diverse da quelle addominali da sforzo;
- H) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria, di malattie tropicali e qualsiasi altra malattia.

Art. 17 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- A) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo);
- B) dall'utilizzo come pilota o come componente dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- C) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- D) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- E) da ubriachezza (solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore di qualsiasi genere), dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- F) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- G) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, salvo quanto previsto all'Art. 15 lettera f);
- H) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- I) di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- J) dell'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- K) dell'uso e/o della guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se

in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti;

- L) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e similari alla pratica di sport estremi;

Art. 18 - Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da infermità mentali quali disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, e altre infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali (es. epilessia), non avrebbe consentito a stipulare l'assicurazione, si conviene che nel caso in cui una o più delle malattie o delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso di efficacia del contratto, si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Non sono parimenti assicurabili:

- tutti gli appartenenti alle Forze Armate e alle Forze dell'Ordine inclusi, a titolo esemplificativo, i Corpi di: Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Vigili del Fuoco (esclusi quelli che prestano attività di volontari) e Istituti di Vigilanza;
- collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, investigatori privati, guardie del corpo, controfigure e stuntman, attività circensi.

Pertanto ai sensi di quanto previsto al successivo Art. 24, qualora al momento del sinistro l'attività svolta sia annoverabile alle suddette, non si darà luogo a nessun indennizzo.

Inoltre, con riferimento alle forme di copertura a "nucleo familiare", oltre ai casi sopraindicati, sulla base di quanto indicato all'art. 21, **si considerano non assicurabili coloro che al momento della stipula del contratto abbiano superato il 75° anno di età.** Sulla base di ciò tali soggetti non rientrano nella definizione di Assicurati e non rientrano nel computo dei familiari per la determinazione delle somme assicurate.

Art. 19 - Prestazioni principali**A) MORTE**

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato. L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per il caso invalidità permanente. La prestazione viene erogata anche se la morte dell'Assicurato si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

B) INVALIDITA' PERMANENTE

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza una

invalidità permanente, intendendosi per tale la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente, si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

C) INABILITA' TEMPORANEA

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza una inabilità temporanea, intendendosi per tale la perdita temporanea, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.

D) INDENNITA' PER GESSATURA / IMMOBILIZZAZIONE

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza, la contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretana o con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente.

Alla gessatura è parificata l'immobilizzazione attuata chirurgicamente attraverso mezzi di osteosintesi. Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale, la diaria verrà corrisposta per un **massimo di 30 giorni per sinistro**.

In caso di applicazione di un mezzo di contenzione, anche diverso da quelli indicati, l'indennità da immobilizzazione verrà riconosciuta per le seguenti patologie:

- fratture di una o più arti o di vertebre, radiograficamente rilevate;
- lesioni miocapsulari e/o legamentose rilevate con diagnostica strumentale (Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare, Ecografia).

E) INDENNITA' PER RICOVERO OSPEDALIERO

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura, con degenza comportante pernottamento e documentata da cartella clinica oppure in regime di **Day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni**.

F) RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per:

- gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati. E' escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e rese necessarie dall'infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque

indennizzato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi;

- gli accertamenti diagnostici;
- le cure, i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio);
- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio per un periodo massimo di 365 giorni, di carrozzine ortopediche;
- il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo di soccorso allo scopo abilitato, all'Istituto di Cura o in ambulatorio **entro il limite massimo del 10% della somma assicurata**.

Art. 20 - Prestazioni complementari

Sono altresì previste le seguenti prestazioni.

Danni estetici: In caso di infortunio, rientrante nelle prestazioni principali previste a termini di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, verranno rimborsate le spese sanitarie documentate sostenute dall'Assicurato, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Questa garanzia è prestata fino ad un importo di **Euro 5.000,00** che rappresenta il limite massimo di rimborso per sinistro e anno.

Commorienza genitori: Se in seguito ad infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte dei genitori, sempreché entrambi assicurati con la Società, l'indennizzo per il caso morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari ai sensi del presente contratto, viene aumentata del **50%**. Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap ancorché maggiorenni (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa). Il cumulo delle somme pagate in eccedenza al capitale assicurato non potrà superare la somma assicurata indicata in polizza.

Nel caso di copertura dell'Intero Nucleo Familiare (sempreché attivata l'apposita condizione aggiuntiva) e fermi i criteri di liquidazione ivi previsti, il cumulo delle somme pagate in eccedenza al capitale assicurato non potrà superare complessivamente il **115%** della somma assicurata indicata in polizza.

Anticipo indennizzo: Su richiesta dell'Assicurato e trascorsi almeno **120** giorni dalla data di accadimento dell'infortunio, in caso di evento con postumi invalidanti stimabili dalla Società non inferiori al **25%**, e previa presentazione di idonea documentazione medica, la Società pagherà un acconto pari al **50%** del presumibile ammontare dell'indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, fermo il limite massimo della somma assicurata indicata in polizza. Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Società circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

Decesso all'estero: In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma, fino all'importo massimo di **Euro 5.000,00**. In caso di decesso di più persone

assicurate con la presente polizza, a seguito del medesimo evento, la Società ripartirà l'indennizzo proporzionalmente ai capitali assicurati per la garanzia Morte e non sarà comunque tenuta a corrispondere somme superiori a quella prevista.

Si intendono escluse le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione della stessa, come anche ogni altra spesa relativa alla cerimonia funebre.

Rischi sportivi: L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che alcune pratiche sportive comportano, per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una riduzione degli indennizzi nella misura del 50%.

Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme - Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse

a norma dell'art. 17, L) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio.

Ferma ed operante comunque l'esclusione di cui all'art. 17 lettera L.

Eventi naturali: L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in conseguenza di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Art. 21 - Limiti di età

L'assicurazione è stipulabile per persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla successiva scadenza annuale dal momento in cui le persone assicurate raggiungono detto limite di età in corso di contratto.

Qualora al momento del sinistro risulti che una o più persone assicurate abbiano invece superato il 75° anno di età la liquidazione degli indennizzi sarà effettuata in misura pari al 50% delle somme indicate in polizza e in tal caso il contratto si intenderà risolto alla prima scadenza successiva di polizza.

Fermo quanto disposto dal precedente paragrafo, è comunque facoltà dell'Assicurato previo pagamento del premio annuo dovuto, di prorogare la durata dell'assicurazione oltre il 75° anno di età fermo restando i criteri di liquidazioni indicati nel precedente paragrafo.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 22 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - Patologie preesistenti

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di cui alla Tabella allegata alla Polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - Attività diversa da quella dichiarata (Operante solo per la Forma Singola)

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente/Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non costituisce aggravamento del rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, secondo le indicazioni contenute nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività costituisce aggravamento del rischio.

Attività professionale svolta al momento del sinistro	Attività professionale dichiarata		
	Classe A	Classe B	Classe C
Classe A	100%	100%	100%
Classe B	85%	100%	100%
Classe C	70%	85%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate nell'apposito elenco allegato alla polizza. In caso di attività eventualmente non specificata in tale elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o di analogia ad una attività elencata.

Il disposto del presente articolo non si applica in caso di copertura sul nucleo familiare, e comunque alle garanzie Indennità per Immobilizzazione, Indennità per ricovero ospedaliero e Rimborso Spese Mediche

Art. 25 - Liquidazione ai beneficiari in caso di morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata prevista ai beneficiari designati. In difetto di designazione, la Società liquida detta somma agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

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

Se, dopo che la Società avrà pagato l'indennizzo, sarà provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta della somma pagata, l'Assicurato potrà far valere i suoi diritti nel caso in cui abbia subito un infortunio con conseguenze invalidanti permanenti come previste all'Art. 19 lettera B).

Tuttavia se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 26 - Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella allegata alla polizza.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di funzionalità perduta, che sarà accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri della Tabella allegata alla polizza.

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

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somme matematiche, fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi 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%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella allegata alla polizza, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri ivi indicati, tenendo

conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente, determinata in base alla Tabella, ove non diversamente indicato in polizza, verrà effettuata nel modo seguente:

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
1	0,40
2	0,80
3	1,20
4	1,60
5	2,00
6	3,00
7	4,00
8	6,00
9	8,00
da 10 a 59	pari al grado di invalidità permanente accertato
Pari o superiore a 60	100,00

Se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, a quello per invalidità permanente

RENDITA VITALIZIA

Fermi i criteri di determinazione e di liquidazione sopraindicati, nel caso in cui, a seguito di un infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali previste dalla presente polizza all'Assicurato residui:

- una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale,
- una invalidità permanente di grado inferiore al 60% della totale, ma con un capitale liquidabile pari o superiore a Euro 150.000,00

è facoltà dell'Assicurato stesso, previa richiesta alla Società, di proporre al momento della liquidazione dell'indennizzo la conversione anche parziale del capitale spettante in una rendita vitalizia mediante stipulazione con Assimoco Vita di un contratto di assicurazione non riscattabile nella forma a premio unico a suo nome e a favore di se stesso, senza alcun onere a suo carico.

Qualora la proposta venga da Assimoco Vita accettata l'indennizzo di cui sopra e conseguentemente il capitale spettante da convertire in rendita vitalizia sarà aumentato del 10%.

Art. 27 - Liquidazione della Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera C), la liquidazione dell'indennizzo per inabilità temporanea, verrà effettuata integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica ad attendere alle abituali attività.

L'indennizzo per inabilità temporanea **decorre dal decimo giorno successivo** a quello dell'infortunio e

viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio purché regolarmente denunciato nei termini di polizza, o in caso di denuncia tardiva dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella della prognosi indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato alla Società.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per Morte e Invalidità Permanente (lettere A e B Art. 19).

Art. 28 - Liquidazione dell'indennità da gessatura / immobilizzazione

Se l'infortunio rende necessaria l'applicazione di gessatura, o comunque di immobilizzazione secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera D), la Società corrisponderà per ogni giorno l'indennizzo giornaliero indicato in polizza, per la durata massima di sessanta giorni per ogni infortunio. Alla gessatura è parificata quella attuata chirurgicamente attraverso mezzi di osteosintesi. Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale l'indennità verrà corrisposta per un **massimo di 30 giorni per sinistro**.

Art. 29 - Liquidazione dell'indennità per ricovero ospedaliero e convalescenza

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in Istituto di Cura secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera E), la Società corrisponderà per ogni giorno di degenza con pernottamento, l'indennizzo giornaliero indicato in polizza, per la **durata massima di 300 giorni**. Qualora il ricovero sia **superiore a 10 giorni**, l'impresa corrisponde per la successiva convalescenza domiciliare l'indennità giornaliera pattuita per un numero di giorni uguale a quello del ricovero ospedaliero, **con il massimo di 60 giorni** per evento e per anno assicurativo.

Il rimborso sarà effettuato dalla Società a completa guarigione clinica, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti le cause e la durata del ricovero. Il giorno di entrata e di dimissione sono considerati un'unica giornata. La domanda di rimborso e la relativa documentazione di cui sopra devono essere presentati alla Società entro il 45° giorno successivo a quello in cui è avvenuta la dimissione dall'Istituto di Cura.

In caso di ricovero in regime di **Day Hospital** per un periodo **non inferiore a 3 giorni**, la Società corrisponderà un **indennizzo pari al 50%** della somma assicurata indicata in polizza, per ogni giorno di degenza e per un **periodo massimo di 60 giorni** per infortunio e anno assicurativo.

Per gli infortuni che si verificano al di fuori dell'Europa l'indennità da ricovero viene corrisposta limitatamente all'accertato periodo di ricovero ospedaliero fino alle ore 24 del giorno del rientro in Europa. L'indennità da ricovero è cumulabile con quello dovuto per Morte e Invalidità Permanente (lettere A e B Art. 19).

Art. 30 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un rimborso delle spese secondo quanto previsto all'Art. 19 lettera F), la Società rimborserà il massimale indicato in polizza per infortunio e anno assicurativo.

Art. 31 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo - lesioni sottocutanee dei tendini

Se l'infortunio ha come conseguenza ernie traumatiche o da sforzo o lesioni sottocutanee dei tendini, la Società corrisponderà:

- nel caso in cui l'ernia risulti operabile, un indennizzo giornaliero per il periodo di ricovero in Istituto di Cura con il limite di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 19 lettera B) con il massimo di **Euro 100,00**;
- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, un indennizzo **non superiore al 10% della somma assicurata** per invalidità permanente (Art. 19 lettera B). Restano fermi i criteri di liquidazione previsti all'Art. 26;
- nel caso di lesioni sottocutanee dei tendini, verrà riconosciuto un **indennizzo forfettario pari al 2%** della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 19 lettera B). In tal caso non saranno operanti i criteri di liquidazione previsti all'Art. 26.

Art. 32 - Controversie - Arbitrato irrituale

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado di durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione previsti agli Artt. 24 e 25, debbono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 33 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio.

FORMA DI GARANZIA
operanti a seconda di quanto indicato sulla scheda di polizza**A) Singola**

Le garanzie indicate in scheda di polizza si intendono operanti per il solo soggetto Assicurato.

B) Nucleo Familiare Completo

Le garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese Mediche previste a termini di polizza, sono prestate per i componenti del Nucleo Familiare del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza (risultanti dal certificato anagrafico di Stato di Famiglia al momento del sinistro e assicurabili ai sensi dell'Art. 18). Si conviene pertanto che fermi i criteri di liquidazione di cui agli artt. 25 e 26, la determinazione degli indennizzi verrà effettuata secondo le modalità seguenti: nel caso di evento che coinvolge uno o più componenti il Nucleo Familiare, le somme assicurate previste per le garanzie Morte, Invalidità Permanente o Rimborso Spese Mediche - che rappresentano il massimo esborso della Società per l'Intero Nucleo Familiare - saranno ripartite secondo quanto di seguito riportato:

- a) **il 50% della somma assicurata** indicata in polizza, verrà riservato al Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza;
- b) **il restante 50% della somma assicurata** indicata in polizza, verrà riconosciuto in parti uguali agli altri componenti dello Stato di Famiglia. Da tale gruppo verranno esclusi i soggetti non assicurabili in conseguenza dell'Art. 18.

C) Nucleo Familiare Limitato (escluso il Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza)

Le garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese Mediche previste a termini di polizza, sono prestate per i componenti del Nucleo Familiare del soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza, **con esclusione del soggetto di riferimento stesso** (risultanti dal certificato anagrafico di Stato di Famiglia al momento del sinistro e assicurabili ai sensi dell'Art. 18). Si conviene pertanto che fermi i criteri di liquidazione di cui agli artt. 25 e 26 la determinazione degli indennizzi verrà effettuata secondo le modalità

seguenti: nel caso di evento che coinvolge uno o più componenti il Nucleo Familiare **con esclusione del soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza**, le somme assicurate previste per le garanzie Morte, Invalidità Permanente o Rimborso Spese Mediche - che rappresentano il massimo esborso della Società per l'Intero Nucleo Familiare **con esclusione del soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza**, saranno ripartite secondo quanto di seguito riportato:

- a) **il 50% della somma assicurata** prevista in polizza, verrà riservato al Coniuge o Convivente del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza;
- b) **il restante 50% della somma assicurata** prevista in polizza, verrà riconosciuto in parti uguali agli altri componenti dello Stato di Famiglia. Da tale gruppo verranno esclusi i soggetti non assicurabili in conseguenza dell'Art. 18, ed il Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza.

D) Figli fiscalmente a carico del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza

Le garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese Mediche previste a termini di polizza, sono prestate esclusivamente in favore dei figli del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza, (fiscalmente a carico, risultanti dal certificato anagrafico di Stato di Famiglia al momento del sinistro e assicurabili ai sensi dell'Art. 18). Si conviene pertanto che fermi i criteri di liquidazione di cui agli artt. 25 e 26, la determinazione degli indennizzi verrà effettuata secondo le modalità seguenti: nel caso di evento che coinvolge uno o più figli assicurati, le somme assicurate previste per le garanzie Morte, Invalidità Permanente o Rimborso Spese Mediche - che rappresentano il massimo esborso della Società per il numero complessivo dei figli assicurati - saranno ripartite in parti uguali tra il numero dei figli fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia. Da tale gruppo verranno esclusi i soggetti non assicurabili in conseguenza dell'Art. 18.

SEZIONE TUTELA LEGALE**PREMESSA**

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. 17/03/95 – n. 175 e in accordo con le opzioni consentite dall'art. 46 di tale decreto, ASSIMOCO 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 IV Novembre, 24 – Tel. 0458372632 – 0458372658 Fax 0458351023.

A quest'ultima Società, di seguito detta D.A.S., dovranno pertanto essere inviate, in via preferenziale, tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa a tali sinistri.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**DEFINIZIONI**

Ai seguenti termini, che integrano a tutti gli effetti le condizioni di assicurazione, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato:	colui a favore del quale opera l'assicurazione
Contraente:	chi stipula il contratto di assicurazione
Nucleo familiare:	le persone riportate nello Stato di Famiglia dell'Assicurato/Contraente e i conviventi, che tali risultino da riscontro anagrafico.
Contratto:	il contratto di assicurazione
Coperture:	il contenuto delle garanzie individuato all'Articolo 35
D.A.S.	D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. di assicurazione
Massimale:	la somma entro la quale la Società risponde per ogni sinistro
Parti:	il Contraente e la Società
Polizza:	il documento, che prova il contratto di assicurazione
Premio:	il corrispettivo dovuto alla Società a fronte del rischio assunto in garanzia
Sinistro:	la controversia o il procedimento per i quali è prestata l'assicurazione
Società:	ASSIMOCO S.p.A.

DISPOSIZIONI CHE REGOLANO LE COPERTURE**Art. 34 - Oggetto dell'assicurazione**

La Società assume a proprio carico, nei limiti del **massimale indicato nella scheda di polizza** per sinistri ed illimitato per anno, e delle condizioni previste in polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente ad un sinistro rientrante in garanzia.

Vi rientrano le seguenti spese:
per l'intervento di un legale;

- per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- di giustizia;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- conseguenti ad una transazione autorizzata da D.A.S.;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa;
- 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.

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, **entro il limite massimo di 10 ore lavorative;**
- le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento, **entro il limite massimo di € 1.000,00;**
- l'anticipo della cauzione, disposta dall'Autorità competente, **entro il limite massimo di € 10.000,00.** L'importo della cauzione verrà anticipato da parte di D.A.S. a condizione che venga garantita alla stessa la restituzione di tale importo con adeguate garanzie bancarie o analoghe. **L'importo anticipato dovrà essere restituito entro 60 giorni dalla sua erogazione, trascorsi i quali D.A.S. conteggerà gli interessi al tasso legale corrente.**

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'IVA sulle parcelle dei professionisti, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

Art. 35 Tutela infortuni

Con riferimento all'Art. 34 la garanzia riguarda la tutela dei diritti delle persone assicurate, nel caso in cui siano rimaste vittime di un infortunio indennizzabile a termini della presente polizza e vale per:

- 1) ottenere il risarcimento dei danni extracontrattuali dovuti a fatto illecito di terzi nel caso in cui all'origine dell'infortunio vi sia accertata o presunta responsabilità di terzi. Qualora l'evento che ha determinato l'infortunio abbia contestualmente causato anche un danno a cose di proprietà dell'assicurato, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali, **esclusi i danni ai veicoli a motore;**
- 2) vertenze di diritto civile di natura contrattuale a seguito dell'infortunio di cui sopra, nei confronti di personale medico, paramedico e/o di altri professionisti in ambito Sanitario o di strutture pubbliche e private di assistenza, cura e riabilitazione, a cui l'Assicurato si sia rivolto in seguito all'infortunio, **per le quali il valore in lite sia superiore a € 250,00.**

Persone assicurate:

- A) per la Forma Singola: l'Assicurato;
- B) per la Forma Nucleo Familiare Completo: il Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza e le persone appartenenti al suo nucleo familiare
- C) per Forma Nucleo Familiare Limitato: i componenti del nucleo familiare con esclusione del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza
- D) per Forma Figli fiscalmente a carico: i figli fiscalmente a carico del Soggetto di riferimento indicato in scheda di polizza.

Art. 36 Esclusioni

La garanzia è esclusa per:

- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
 - materia fiscale/tributaria e materia amministrativa;
- Inoltre se l'infortunio deriva da un evento occorso all'Assicurato mentre si trova alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa se:
- l'Assicurato non è in possesso dei requisiti o non è abilitato alla guida secondo la normativa vigente o se guida il veicolo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa; se tuttavia 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;

- il sinistro deriva da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- l'Assicurato è imputato di guida in stato di ebbrezza (art. 186 Codice della Strada) o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 187 Codice della Strada), ovvero gli siano state applicate le sanzioni previste ai suddetti articoli, o di inosservanza agli obblighi di cui all'art. 189 Codice della Strada (fuga e/o omissione di soccorso);
- il veicolo non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA.

Art. 37 Estensione territoriale delle garanzie

Per tutte le coperture le garanzie riguardano i sinistri che insorgano e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- in tutti gli Stati d'Europa, nelle ipotesi di danni di cui all'art. 35 punto 1;
- in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, nelle ipotesi di danni di cui all'art. 35 punto 2.

Art. 38 Insorgenza del sinistro - operatività della garanzia

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della polizza.

La garanzia si estende ai sinistri insorgenti nel periodo contrattuale, **ma manifestatisi e denunciati entro 360 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.**

La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.

Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di:

- vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte le persone assicurate.

DISPOSIZIONI CHE REGOLANO LA PRESTAZIONE DEL SERVIZIO**Art. 39 Denuncia del sinistro e scelta del legale**

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro in via preferenziale a D.A.S. o subordinatamente alla Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

Il diritto dell'Assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive, se il sinistro viene denunciato, oltre un anno dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione, ai sensi dell'art. 2952 - 2° comma del Codice Civile.

L'Assicurato dovrà far pervenire a D.A.S. la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa.

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro, l'Assicurato

ha il diritto di indicare un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di definizione in via bonaria (fase stragiudiziale) non abbia esito positivo.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la Società garantirà gli onorari solo nei limiti dei minimi previsti dalla tariffa forense e con esclusione di spese e/o diritti di trasferta, vacanza, domiciliazione e di duplicazioni di attività.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con D.A.S. o con la Società. D.A.S. avvertirà l'Assicurato di questo suo diritto.

Art. 40 Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro, D.A.S. si riserva la facoltà di svolgere, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, D.A.S. trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Art. 39.

Per ogni stato della vertenza e grado di giudizio gli incarichi a legali e/o periti devono essere preventivamente concordati con D.A.S.; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure.

L'esecuzione forzata di un titolo verrà estesa a due tentativi. In caso di procedure concorsuali la garanzia si limita alla stesura e al deposito della domanda di ammissione del credito.

Dopo la denuncia del sinistro, ogni transazione volta a comporre la vertenza deve essere preventivamente concordata con D.A.S.; in caso contrario l'Assicurato risponderà di tutti gli oneri sostenuti da D.A.S. per la trattazione della pratica.

Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati da D.A.S., che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione. D.A.S. non è responsabile dell'operato di legali e periti.

Art. 41 Disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e D.A.S. sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi. Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente.

Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da D.A.S. stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 42 Recupero di somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a D.A.S. quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

TABELLA PER INVALIDITA' PERMANENTE

	Destro	Sinistro
Sordità completa da 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 applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedi tabella specifica)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		08%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdite della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		==
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		05%
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:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita :		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		08%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	07%	06%
- della falange ungueale del medio		05%
- della falange ungueale dell'anulare		03%
- della falange ungueale del mignolo		05%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		08%
- delle due ultime falangi dell'anulare		06%
- delle due ultime falangi del mignolo		08%
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 completa dell'articolazione radio-carpica 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 un 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		07%
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 è valutato il		03%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	01%	02%
2/10	8/10	03%	06%
3/10	7/10	06%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazioni binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione. La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

In caso di afachia monolaterale:

- con visus corretto 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%

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 accomodativi.

ELENCO DELLE ATTIVITA'

001-abbattitore di piante	C	040-casalunga	B
002-agente assicurazione	A	041-casaro	B
003-agente di borsa	A	042-addetto a cave con o senza uso di mine	C
004-agente di cambio	A	043-appartenente al clero	A
005-agente di commercio	A	044-collaboratore familiare	B
006-agricoltore (attività che richiedono lavoro manuale)	C	045-commercialista (anche con attività svolta all'esterno)	B
007-agricoltore (attività amministrative senza lavoro manuale)	B	046-commercialista (attività svolte solo in ufficio o studio)	A
008-albergatore (attività che richiedono lavoro manuale)	B	047-commesso viaggiatore	C
009-albergatore (attività amministrative senza lavoro manuale)	A	048-esercente di concessionario auto e moto (attività che richiedono lavoro manuale)	C
010-allevatore bestiame	C	049-esercente di concessionario auto e moto (attività amministrative senza lavoro manuale)	A
011-amministratore (attività che richiedono lavoro manuale)	B	050-corniciaio	B
012-amministratore (attività senza lavoro manuale)	A	051-cuoco	B
013-analista chimico	B	052-custode immobili	B
014-antennista	C	053-direttore artistico	A
015-antiquario	A	054-dirigente (attività che richiedono lavoro manuale)	B
016-antiquario restauratore	B	055-dirigente (attività amministrative senza lavoro manuale)	A
017-architetto (anche con presenza in cantieri)	B	056-disegnatore (anche con attività svolta all'esterno)	B
018-architetto (attività svolte solo in ufficio o studio)	A	057-disegnatore (attività svolte solo in ufficio o studio)	A
019-armaiolo	B	058-edicolante	A
020-artigiano	C	059-elettricista	C
021-assistente di asilo	A	060-enologo ed enotecnica	B
022-assistente alla poltrona (presso medico dentista)	A	061-estetista	A
023-attore	A	062-fabbro	C
024-autista di veicoli a motore	C	063-facchino	C
025-esercente di autorimesse (attività che richiedono lavoro manuale)	C	064-falegname	C
026-esercente di autorimesse (attività amministrative senza lavoro manuale)	B	065-farmacista	A
027-avvocato o procuratore legale	A	066-fioraio	B
028-badante	B	067-fotografo (anche con attività svolta all'esterno)	B
029-bagnino	B	068-fotografo (attività svolta solo in studio)	A
030-barbiere	A	069-gelataio	B
031-benestante	A	070-geologo (anche con attività svolta all'esterno)	B
032-esercente stazione di servizio con altri servizi	C	071-geologo (attività svolta solo in studio)	A
033-esercente stazione di servizio senza altri servizi	B	072-geometra (anche con presenza in cantiere)	B
034-bidello	B	073-geometra (attività svolte solo in ufficio o studio)	A
035-bigliettaio o cassiere di cinema e teatro	B	074-giornalista	A
036-boscaiolo	C	075-grafico	A
037-calzolaio	B	076-guida alpina	C
038-carpentiere	C	077-idraulico	C
039-carrozziere	C	078-imbianchino	C

079-impiegato amministrativo	A	I 11-pellettiere	C
080-imprenditore (attività che richiedono lavoro manuale)	B	I 12-pellicciaio	B
081-imprenditore (attività senza lavoro manuale)	A	I 13-pensionato con lavoro agricolo	C
082-ingegnere (anche con attività svolta all'esterno)	B	I 14-pensionato (attività senza lavoro manuale)	A
083-ingegnere (attività svolte solo in ufficio o studio)	A	I 15-perito (anche con attività svolte all'esterno)	B
084-insegnante di materie non sperimentali o professionali	A	I 16-perito (attività svolte solo in ufficio o studio)	A
085-insegnanti di materie sperimentali o professionali	B	I 17-pescatore	C
086-istruttore di scuola guida	B	I 18-piastrellista	B
087-lattiniere	C	I 19-pittore	B
088-addetto di lavanderia, tintoria e lavasecco	A	I 20-portavalori	C
089-macellaio	C	I 21-posteggiatore	B
090-maestro di discipline sportive	B	I 22-postino	B
091-magazziniere	B	I 23-esercente e addetto a pubblico esercizio	B
092-magistrato	A	I 24-radiofonista	B
093-marmista	C	I 25-ricamatore	B
094-meccanico	C	I 26-riparatore elettrodomestici	B
095-medico chirurgo	B	I 27-sacrestano	B
096-medico generico	A	I 28-salumificatore	C
097-muratore	C	I 29-sarto	A
098-musicista	A	I 30-scultore	B
099-esercente addetto negozio (attività che richiedono lavoro manuale)	B	I 31-segantino	C
I 00-esercente addetto negozio (attività senza lavoro manuale)	A	I 32-spazzacamino	C
I 01-notaio	A	I 33-speleologo	C
I 02-odontotecnico	B	I 34-studente	A
I 03-operaio	C	I 35-tappezziere	B
I 04-operatore ecologico	B	I 36-tecnico edp con mansioni esterne	B
I 05-esercente addetto di: oreficeria, orologeria, gioielleria	B	I 37-tessitore	B
I 06-panificatore	B	I 38-tipografo	B
I 07-paramedico	B	I 39-verniciatore	C
I 08-parrucchiere	A	I 40-veterinario	B
I 09-pasticciere	B	I 41-vetraio	B
I 10-pavimentista	B	I 42-vetrinista	B