

Generali Italia S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e della Riassicurazione nei rami Vita, Capitalizzazione e Danni con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 2/12/1927 (G.U. del 15/12/1927 n° 289). Società iscritta all'Albo 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.



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
PER LA COPERTURA DEGLI INFORTUNI

AbbINA ASSITALIA

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **la Nota informativa, comprensiva del glossario;**
- **le Condizioni di assicurazione;**
- **il Modulo di proposta,**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

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

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco.

NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI AbbINA ASSITALIA

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	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione
DOMICILIO	il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato
INABILITÀ TEMPORANEA	la perdita temporanea a seguito di infortunio, in maniera totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali o secondarie dichiarate
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea
INVALIDITÀ PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
ISTITUTO DI CURA	l'ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, riabilitative e di soggiorno e le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RESIDENZA	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale
RICOVERO	la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale 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 una Società appartenente al Gruppo Generali.

- Sede legale: Via Marocchese, 14 – 31021 Mogliano Veneto (TV) – Italia.
- Recapito telefonico: 06 8483.1; sito internet: www.inaassitalia.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info@inaassitalia.generali.it.

- 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 n. 1.00021 dell'Albo delle Imprese di assicurazione.

Si rinvia all'home page del sito Internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

All'interno del sito internet della Compagnia è possibile accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte, sarà necessario entrare nell'Area Clienti e seguire le istruzioni per registrarsi.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto 1.856.772.958,00; Capitale Sociale Euro 618.628.450,00; Totale riserve patrimoniali 1.238.144.508,00.

L'indice di solvibilità gestione danni è pari a 1,43 – l'indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto alla naturale scadenza prevede il tacito rinnovo di anno in anno.

Avvertenze

Se il contratto è poliennale, la disdetta, qualora non si voglia il rinnovo di un anno, deve essere inviata all'assicuratore almeno sessanta giorni prima della scadenza. Se il contratto è annuale, la disdetta, qualora non si voglia il rinnovo di un anno, deve essere inviata all'assicuratore almeno trenta giorni prima della scadenza.

In caso di mancata disdetta il contratto si rinnova di anno in anno.

Si rinvia all'art. 38 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede la corresponsione di un indennizzo a seguito del verificarsi di un infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate e di ogni altra attività non avente carattere professionale e dal quale derivi la morte, l'invalidità permanente o il ricovero dell'assicurato.

Si rinvia all'artt. 9, 11, 17 e 20 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

La garanzia principale può essere integrata con delle garanzie accessorie.

Avvertenze

- La copertura assicurativa contenuta nell'oggetto del contratto prevede esclusioni e limitazioni ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia agli artt. 3, 5, 6, 7 e 15 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
- L'indennizzo spettante viene determinato, sulla base dei criteri stabiliti agli artt. 9, 11, 17 e 20 delle condizioni di assicurazione, cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, nei limiti delle somme assicurate e con applicazione delle franchigie previste. Si rinvia agli artt. 9, 11, 12, 17 e 20 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Esempi

Capitale assicurato IP da infortunio Euro 150.000,00, franchigia a scaglioni (3% fino ad Euro 250.000,00)

In caso di sinistro che abbia comportato una IP accertata pari a 20 punti l'indennizzo viene determinato:

Indennizzo: Euro 150.000,00*(20-3)/100= Euro 25.500,00

Indennità giornaliera per ricovero da infortunio assicurata Euro 100,00; franchigia gg. 7 per somma assicurata > Euro 80,00

Ricovero gg. 10

Indennizzo: Euro 80,00*7+ Euro 100,00*3= Euro 860,00

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – 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 dell'Impresa di assicurazione possono comportare effetti sulla prestazione. Per le conseguenze relative alle dichiarazioni inesatte od alle reticenze si rinvia all'art. 34 delle condizioni di assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Si rinvia agli artt. 36 e 37 delle condizioni di assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione.

Esempio di aggravamento del rischio: il manifestarsi nel corso del contratto di disturbi paranoidi.

6. Premi

Il premio è annuo. Il pagamento può essere effettuato in contanti, assegno bancario o circolare, bonifico bancario, conto corrente postale, assegno postale, vaglia postale, POS, rimessa interbancaria diretta (RID), trattenuta stipendiale. I pagamenti effettuati in contanti sono consentiti solo qualora l'ammontare del premio annuo (ancorché frazionato) non superi l'importo di Euro 750,00.

È possibile frazionare il premio in rate senza applicazione di interessi di frazionamento:

- semestrale;
- quadrimestrale;
- trimestrale;
- mensile.

Avvertenze

La Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il contraente una durata del contratto pari o superiore a due anni;
- sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non sono previsti adeguamenti del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

Avvertenze

È facoltà di entrambe le Parti recedere dal contratto. Si rinvia all'art. 23 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Se la durata del contratto supera i cinque anni, il contraente trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, senza oneri.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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 modifiche ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenze

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. Si rinvia all'art. 21 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'Impresa aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. - Customer Service - Via Leonida Bissolati, 23 - 00187 Roma – Tel.: 06 47224020 – Fax: 06 47224204 - E-mail: reclami.assitalia@inaassitalia.generali.it.

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo della lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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/fin-net/index_en.htm).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Arbitrato

In caso di controversia tra le Parti 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. 24 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenze

In ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

* * *

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

Amministratore Delegato e Direttore Generale

Philippe Donnet



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

DEFINIZIONI	2
SEZIONE INFORTUNI	3
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	3
Art. 1 Definizioni	3
Art. 2 Rischio Assicurato	3
Art. 3 Rischi esclusi dall'assicurazione	3
Art. 4 Rischio volo	4
Art. 5 Persone non assicurabili	4
Art. 6 Infortuni occorsi durante il servizio militare	4
Art. 7 Infortuni determinati da calamità naturali	5
Art. 8 Validità territoriale	5
GARANZIE	6
Art. 9 Morte	6
Art. 10 Morte presunta	6
Art. 11 Invalidità permanente	6
Art. 12 Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente	8
Art. 13 Salvaguardia piani di investimento	8
Art. 14 Pronto Indennizzo	9
Art. 15 Rischio guerra (14 giorni)	9
Art. 16 Ernie addominali traumatiche	9
Art. 17 Diaria per ricovero da infortunio	9
Art. 18 Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio	10
Art. 19 Anticipo rimborso spese	10
Art. 20 Rendita vitalizia	11
SINISTRI – DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	12
Art. 21 Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato	12
Art. 22 Rinuncia al diritto di surrogazione	12
Art. 23 Recesso in caso di sinistro	12
Art. 24 Modalità di valutazione del danno	12
SEZIONE ASSISTENZA	14
Art. 25 Definizioni	14
Art. 26 Oggetto dell'assicurazione	14
Art. 27 Estensione territoriale	14
Art. 28 Limiti di esposizione	14
Art. 29 Prestazioni	14
SINISTRI – DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	18
Art. 30 Rimborso per le prestazioni indebitamente ottenute	18
Art. 31 Mancato utilizzo delle prestazioni	18
Art. 32 Avviso di sinistro (modalità per la richiesta dell'assistenza)	18
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	19
Art. 33 Definizioni	19
Art. 34 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	19
Art. 35 Pagamento del premio	19
Art. 36 Aggravamento del rischio	19
Art. 37 Diminuzione del rischio	19
Art. 38 Proroga dell'assicurazione	19
Art. 39 Modifiche dell'assicurazione	19
Art. 40 Altre assicurazioni	20
Art. 41 Oneri fiscali	20
Art. 42 Rinvio alle norme di legge	20

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
ASSISTENZA	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro
BENEFICIARIO	l'erede dell'Assicurato, o altro soggetto da questi designato, al quale la Società deve corrispondere la somma assicurata in caso di morte
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione
DAY HOSPITAL	la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura, documentata da cartella clinica
DOMICILIO	il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato
INABILITÀ TEMPORANEA	la perdita temporanea a seguito di infortunio, in maniera totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali o secondarie dichiarate
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea
INVALIDITÀ PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
ISTITUTO DI CURA	l'ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, riabilitative e di soggiorno e le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RESIDENZA	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale
RICOVERO	la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
SOCIETÀ	Generali Italia S.p.A.
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	la struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – Piazza Trento 8, 20135 Milano – costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in nome e per conto di Generali Italia S.p.A., provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni previste in polizza

SEZIONE INFORTUNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 Definizioni

Alla presente sezione si applicano le definizioni indicate nell'apposita sezione Definizioni delle Condizioni di assicurazione, da intendersi qui integralmente richiamate.

Art. 2 Rischio Assicurato

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti dagli articoli successivi, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti all'infortunio stesso. Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- g) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- h) le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo quanto disposto dall'**Art. 16 – Ernie addominali traumatiche**;
- i) a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- j) a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

Art. 3 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dagli sport aerei in genere, salvo quanto previsto dall' **Art. 4 – Rischio volo**;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni e da ubriachezza se alla guida di mezzi di locomozione;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- f) da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'**Art. 15 – Rischio guerra (14 giorni)**;
- g) 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.);
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.

Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza e/o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona o un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- i) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- j) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- k) dalla pratica dei seguenti sport a qualunque titolo praticati: alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, hockey su prato, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, paracadutismo, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport estremi (es. bungee jumping, torrentismo, idrospeed), sport subacquei;
- l) dalla pratica dei seguenti sport limitatamente alla partecipazione a corse, gare e relativi allenamenti, effettuati sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, da tesserati abilitati alla pratica agonistica secondo le disposizioni vigenti: baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci alpino e sci nautico.

Art. 4 Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto dall'**Art. 3 – Rischi esclusi dall'assicurazione lettera b)**, l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 5 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidei, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici.

Pertanto, in conformità con quanto disposto dall'**Art. 34 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**, qualora risulti che l'Assicurato al momento della stipulazione della polizza era affetto da alcuna delle patologie su elencate taciute alla Società, il contratto è annullato ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 6 Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare volontario in tempo di pace.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Art. 7 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'Art. 1912 del Codice Civile si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

in caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile dal relativo bilancio di esercizio.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 8 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

GARANZIE

Art. 9 Morte

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

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 10 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli articoli 58 e seguenti del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 11 Invalidità permanente

A. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata in polizza.

B. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in polizza, in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
Anchilosi:	
- dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa:	
- del nervo radiale	35%
- del nervo ulnare	20%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi assoluta nasale:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di:	
- un metamero sacrale	3%
- un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
- di un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

- C. In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
- D. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B., si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera B., le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B. e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri

sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

- E. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B. e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
- F. Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 12 Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente

Per ogni grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri stabili nell'Art. 11 – Invalidità permanente, si applicano le seguenti percentuali di liquidazione:

% I.P. accertata	% da liquidare	% I.P. accertata	% da liquidare
1	0	27	34
2	0	28	36
3	0	29	38
4	0	30	40
5	0	31	43
6	1	32	46
7	2	33	49
8	3	34	52
9	4	35	55
10	5	36	58
11	6	37	61
12	7	38	64
13	8	39	67
14	9	40	70
15	10	41	73
16	12	42	76
17	14	43	79
18	16	44	82
19	18	45	85
20	20	46	88
21	22	47	91
22	24	48	94
23	26	49	97
24	28	50-99	100
25	30	100	200
26	32		

Legenda: %A = percentuale di invalidità permanente accertata
%L = percentuale di invalidità permanente da liquidare

Art. 13 Salvaguardia piani di investimento

(La presente garanzia si intende operante se presente in polizza la garanzia Invalidità permanente)

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente totale, accertata secondo i criteri stabiliti nell'Art. 11 – Invalidità permanente, la Società, oltre a liquidare quanto dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato, un'indennità al fine di

agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo ricorrente o a premio unico ricorrente, stipulate dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società Generali Italia S.p.A. e che risultano al corrente con il pagamento dei premi. Le polizze a premi unici ricorrenti sono considerate al corrente se dall'ultimo premio pagato alla data dell'infortunio non sono trascorsi più di due anni.

L'indennità verrà utilizzata per stipulare con Generali Italia S.p.A. un contratto di capitalizzazione a favore dell'Assicurato, senza alcun onere a suo carico.

L'ammontare dell'indennità sarà pari all'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in vigore moltiplicato per il numero delle rate di premio residue.

Per le polizze a premi unici ricorrenti le rate residue dovranno essere calcolate con riferimento all'annualità di premio fissata alla data di effetto della polizza.

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la società eroga l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, **con il massimo comunque di Euro 30.000,00.**

Verificatosi l'evento la presente assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 14 Pronto Indennizzo

(La presente garanzia si intende operante se indicata in polizza la relativa somma assicurata)

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza diretta ed esclusiva, l'incapacità fisica totale dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, per un periodo di durata pari a 90 giorni o multipli di 90, e comunque non oltre 360 giorni, **la Società corrisponderà il 25% della somma assicurata per pronto indennizzo, per ogni periodo di inabilità temporanea di 90 giorni consecutivi.**

La liquidazione dell'indennizzo spettante, verrà effettuata allo scadere del periodo di 90 giorni, previa presentazione della documentazione comprovante l'infortunio e l'inabilità.

Art. 15 Rischio guerra (14 giorni)

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

Art. 16 Ernie addominali traumatiche

L'assicurazione è estesa alle ernie addominali da causa fortuita, violenta ed esterna, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, sempreché questi casi siano contemplati dal contratto, con l'intesa che: **qualora l'ernia, anche se bilaterale, risulti obiettivamente non operabile, verrà corrisposto solamente l'eventuale indennizzo per invalidità permanente, fino ad un massimo del 10% di invalidità, ferme restando le franchigie previste in polizza.**

Art. 17 Diaria per ricovero da infortunio

(La presente garanzia si intende operante se indicata in polizza la relativa somma assicurata)

In caso di ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero, **con il limite massimo di 300 giorni per annualità assicurativa e per sinistro.**

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La garanzia è operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di day hospital o di day surgery.

L'indennizzo decorre dal terzo giorno successivo a quello di accettazione presso l'istituto di cura.

La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

In caso di ricovero all'estero l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 18 Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio

(La presente garanzia si intende operante se indicata in polizza la relativa somma assicurata)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale, day surgery o day hospital;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi di contenzione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici: radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco; protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 200,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte del Contraente di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia **dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Art. 19 Anticipo rimborso spese

(La presente garanzia si intende operante se presente in polizza la garanzia "Rimborso Spese sanitarie a seguito di infortunio")

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia comportato almeno un giorno di ricovero, viene corrisposto, su richiesta documentata dell'Assicurato, un anticipo del rimborso delle spese di cui all'**Art. 18 – Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio.**

Tale anticipo sarà erogato su presentazione della documentazione delle spese effettuate e da sostenere come da preventivi, **fino alla concorrenza di un importo non superiore al 30% del massimale annuo indicato in polizza, al netto dello scoperto del 10% con il minimo di Euro 200,00.**

Art. 20 Rendita vitalizia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, accertata secondo i criteri stabiliti nell'**Art. 11 – Invalidità permanente**, la Società, contestualmente alla corresponsione di quant'altro dovuto a termini di polizza e con effetto e decorrenza dalla predetta data, provvederà a costituire a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo annuo pari alla somma indicata in polizza, mediante stipulazione di apposita polizza vita con la Società Generali Italia S.p.A..

SINISTRI – DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 21 Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

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 del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; 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.

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. 22 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 23 Recesso in caso di sinistro

A seguito della denuncia, effettuata a termini di polizza, nell'ambito della intera durata del contratto, di qualunque sinistro successivo al secondo, è facoltà di entrambe le Parti recedere dal contratto.

Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo od alla contestazione formale del sinistro.

Il contratto cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la data di spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso.

In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, il Contraente avrà diritto al rimborso del premio netto per la parte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 24 Modalità di valutazione del danno

Per le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti in Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

L'arbitrato avrà luogo 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 dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

SEZIONE ASSISTENZA

(La garanzia si intende operante se indicato in polizza il relativo premio)

Art. 25 Definizioni

Alla presente sezione si applicano le definizioni indicate nell'apposita sezione Definizioni delle Condizioni di assicurazione, da intendersi qui integralmente richiamate.

Art. 26 Oggetto dell'assicurazione

A fronte del pagamento del premio la Società, al verificarsi di un sinistro, fornisce all'Assicurato le prestazioni di assistenza specificate nei successivi articoli sino alla concorrenza dei limiti previsti.

Art. 27 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, salvo eventuale diversa indicazione per le singole garanzie.

Le prestazioni valide all'estero si intendono escluse nei seguenti Paesi:

Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Art. 28 Limiti di esposizione

I massimali indicati per ogni singola prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. **Nei limiti dei massimali previsti, le prestazioni di cui ai successivi articoli, vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere per il suo ritorno e che pertanto restano a suo carico (biglietti, pedaggi, costo carburante, ecc).**

Art. 29 Prestazioni

a) Consult Service Salute (24 ore su 24)

La Società, per il tramite dei medici di guardia della Struttura Organizzativa, potrà, su richiesta specifica dell'Assicurato, fornire tutte le informazioni riguardanti:

- centri ospedalieri,
- istituti o centri di cura specializzati,
- medici specialisti e chirurghi,
- istituti fisioterapici

operanti in Italia e all'estero presso i quali la Struttura Organizzativa potrà, per conto dell'Assicurato, verificare la disponibilità per la prenotazione di un'eventuale visita medica, specialistica o ricovero, a tariffe convenzionate.

b) Centri diagnostici convenzionati

(la seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

L'Assicurato potrà, mettendosi in contatto con la Struttura Organizzativa, accedere ad una rete nazionale di centri diagnostici convenzionati ed usufruire dei seguenti vantaggi:

- possibilità di ottenere la prestazione al proprio domicilio;
- informazioni riguardo indirizzi, specializzazioni e quant'altro legato alla rete dei centri;
- condizioni tariffarie privilegiate e precedentemente concordate.

La presente prestazione è valida per i centri diagnostici con sede in Italia.

c) **Consulti medici telefonici (24 ore su 24)**

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di un consulto telefonico urgente e non riuscisse a contattare il proprio medico abituale potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Struttura Organizzativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire.

d) **Invio di un medico al domicilio**

(la seguente prestazione è operante dalle ore 20.00 alle ore 9.00 dal lunedì al venerdì, 24 ore su 24 il sabato e i festivi)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una visita medica domiciliare urgente, valutata necessaria anche dai medici di guardia della Struttura Organizzativa, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invia presso l'Assicurato un medico generico convenzionato con la Società, tenendo a proprio carico i costi.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Società sia immediatamente disponibile, la Società organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura medica mediante autoambulanza.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

e) **Invio dell'ambulanza**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dal luogo dell'infortunio al più vicino e idoneo centro ospedaliero, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo.

La garanzia è operante sempreché la necessità del trasporto in autoambulanza venga giudicata necessaria dal medico di guardia della Struttura Organizzativa nel corso del contatto telefonico con l'Assicurato.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

f) **Invio di un ortopedico**

Qualora, a seguito di infortunio occorso all'Assicurato, e dal contatto telefonico avuto con lo stesso, il medico di guardia della Struttura Organizzativa giudichi necessario l'intervento di un medico ortopedico sul posto, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invierà un medico ortopedico convenzionato al domicilio dell'Assicurato tenendo a proprio carico il costo.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Società sia immediatamente disponibile, la Società organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura medica mediante autoambulanza.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

g) **Ricerca di un fisioterapista**

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio, di un fisioterapista, la Struttura organizzativa è a disposizione per la ricerca e l'invio dello stesso a condizioni tariffarie agevolate. **Il costo della prestazione rimane a carico dell'Assicurato.**

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

h) **Custodia dei minori di anni 15 (Baby-sitter)**

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato venga ricoverato per un periodo superiore a 4 giorni, la Società provvederà, tramite la Struttura Organizzativa, all'invio di una baby-sitter che si occuperà della custodia dei figli dell'Assicurato minori di anni 15, assumendosene il relativo costo **fino ad un massimo di 15 ore usufruibili in non più di tre giorni, a partire dal giorno di dimissione.**

La baby-sitter convenzionata sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

i) **Consegna esiti al domicilio**

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato si trovi impossibilitato a lasciare il proprio domicilio potrà mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per richiedere il recapito al domicilio dei referti di esami diagnostici effettuati presso i centri convenzionati con la Struttura Organizzativa.

Il costo della consegna rimane a carico della Società.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

j) **Invio di medicinali a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio che riduca oggettivamente la sua possibilità di svolgere le normali occupazioni familiari, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio e in assenza di un familiare maggiorenne, necessiti di medicinali, potrà mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per richiedere l'acquisto e la consegna di medicinali al proprio domicilio. La Società invierà, tramite la Struttura Organizzativa, nel più breve tempo possibile, e rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, un proprio corrispondente per ritirare al domicilio il denaro e le prescrizioni necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti.

Il costo della consegna rimane a carico della Società.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

k) **Esami radiografici al domicilio**

In caso di infortunio che comporti l'immobilizzazione dell'Assicurato, e quest'ultimo necessiti di una radiografia come conseguenza dell'infortunio occorsogli, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invierà una struttura mobile per effettuare l'esame radiologico al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico il costo.

La prestazione viene fornita unicamente nei Comuni nei quali è attivato il servizio.

In alternativa la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad accompagnare l'Assicurato, con mezzo idoneo al trasporto, presso la struttura indicata per l'esame tenendo a proprio carico i relativi costi.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

l) **Infermiere al domicilio**

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero per infortunio, necessiti, sulla base di una prescrizione dei medici che lo hanno avuto in cura, di una terapia a domicilio con l'ausilio di un infermiere, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invierà un infermiere convenzionato al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico i costi, **per un periodo massimo di 5 ore usufruibili in non più di tre giorni, a partire dal giorno di dimissione.**

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

m) **Collaboratrice familiare**

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio, sia impossibilitato a svolgere le normali occupazioni familiari a seguito di:

- ricovero ospedaliero,
- immobilizzazione con mezzi di contenzione,

la Società invia al suo domicilio, tramite la Struttura Organizzativa, una collaboratrice familiare convenzionata, tenendone a proprio carico i costi, **per un periodo massimo di 10 ore usufruibili in non più di tre giorni, a partire dal giorno di dimissione.**

La collaboratrice familiare sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

La presente garanzia è valida esclusivamente in Italia.

n) **Viaggio di un familiare**

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, ad oltre 100 km dal Comune di residenza, a seguito di infortunio, e non possa essere dimesso, previo accertamento tra i medici di guardia della Struttura Organizzativa ed i medici curanti sul posto, **entro 10 giorni dalla data del ricovero** e, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto richieda di essere raggiunto da quest'ultimo, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvede ad organizzarne il viaggio mettendo a disposizione un biglietto andata e ritorno, in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi; sono escluse tutte le altre spese.

o) **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato verificatosi all'estero, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel posto di inumazione del corpo in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo del decesso. **Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione.**

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, mette a disposizione di un familiare un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o in treno (prima classe) per presenziare alle esequie.

p) Rientro sanitario

Quando le condizioni dell'Assicurato, a seguito di infortunio, avvenuto ad oltre 100 km dal Comune di residenza, siano tali che i medici di guardia della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Società, ritengano necessario un suo trasferimento in un istituto di cura prossimo alla sua residenza allo scopo di assicurare una cura adeguata alla patologia del paziente, la Società definisce le modalità del rientro e provvede a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo più idoneo:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno (prima classe, wagon-lit o cuccetta);
 - ambulanza.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà aver luogo da e per tutti i paesi europei e da e per tutti i paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo. **Per tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea**, eventualmente barellato;

- assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o paramedico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto e che lo accompagnano sono a carico della Società.

Qualora la Società abbia provveduto al rientro dell'Assicurato avrà diritto di richiedere a quest'ultimo gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati.

Non danno luogo al trasferimento:

- **le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di**
- **norme sanitarie;**
- **le malattie e gli infortuni che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.**

SINISTRI – DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 30 Rimborso per le prestazioni indebitamente ottenute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

Art. 31 Mancato utilizzo delle prestazioni

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato, o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

Art. 32 Avviso di sinistro (modalità per la richiesta dell'assistenza)

L'Assicurato per avere diritto alle prestazioni garantite, anche ai sensi degli articoli 1913, 1914 e 1915 del Codice Civile, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa personale deve contattare la Struttura Organizzativa.

Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, il numero di polizza, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Assicurato, il tipo di assistenza richiesto e citato il riferimento "PI", devono essere formulate telefonicamente, in qualsiasi momento 24 ore su 24, ai seguenti recapiti:

- numero verde 800/450130 (per chiamate solo dall'Italia);
- linea urbana 02/58286788 (per chiamate dall'Italia o dall'estero);

o mediante invio di un telegramma a EUROP ASSISTANCE SERVICE S.p.A. - Piazza Trento 8, 20135 MILANO.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 33 Definizioni

Alla presente sezione si applicano le definizioni indicate nell'apposita sezione Definizioni delle Condizioni di assicurazione, da intendersi qui integralmente richiamate.

Art. 34 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 35 Pagamento del premio

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia optato per il frazionamento del premio, come previsto dal frontespizio di polizza, tale facilitazione non libera il Contraente dall'obbligo di completare, in caso di anticipata risoluzione del contratto, il premio annuo.

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

Il premio è annuo. Il pagamento può essere effettuato in contanti, assegno bancario o circolare, bonifico bancario, conto corrente postale, assegno postale, vaglia postale, POS, rimessa interbancaria diretta (RID), trattenuta stipendiale.

Art. 36 Aggravamento del rischio

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 del Codice Civile.

Art. 37 Diminuzione del rischio

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

Art. 38 Proroga dell'assicurazione

Per i contratti poliennali sottoscritti ai sensi della Legge numero 99 del 23 luglio 2009, la cui clausola si intende qui integralmente richiamata, in mancanza di disdetta comunicata mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente. Per tutti i contratti di durata annuale con tacito rinnovo, in mancanza di disdetta comunicata mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 39 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 40 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Tale obbligo non opera per le garanzie Assistenza.

Limitatamente alle garanzie Assistenza, nel caso in cui i medesimi rischi siano garantiti da altra Compagnia alla quale l'Assicurato abbia richiesto le prestazioni di assistenza, le prestazioni previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti previsti, quale rimborso degli eventuali maggiori importi addebitati dalla Compagnia che ha erogato l'assistenza superando il proprio massimale.

In caso di sinistro l'Assicurato deve, in ogni caso, darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 41 Oneri fiscali

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

Art. 42 Rinvio alle norme di legge

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

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE – AbbINA ASSITALIA

AGENZIA GENERALE **Zona** **Produttore**

Sostituisce polizza n. Sostituisce polizza n. Sostituisce polizza n.

Rischio comune con polizza Quota Generali Italia

PROPONENTE/CONTRAENTE

Luogo e data di nascita **Codice fiscale** **Sesso**

Residenza **CAP**

Effetto (h 24) **Scadenza (h 24)** **Frazionamento**

Durata **Prima quietanza**

1. ASSICURANDO

Nome e cognome

Luogo e data di nascita **Codice fiscale** **Sesso**

Residenza **CAP**

RISCHIO ASSICURATO Professionale ed extraprofessionale

PROFESSIONE

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

2. ASSICURANDO

Nome e cognome

Luogo e data di nascita **Codice fiscale** **Sesso**

Residenza **CAP**

RISCHIO ASSICURATO Professionale ed extraprofessionale

PROFESSIONE

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

3. ASSICURANDO

Nome e cognome

Luogo e data di nascita **Codice fiscale** **Sesso**

Residenza **CAP**

RISCHIO ASSICURATO Professionale ed extraprofessionale

PROFESSIONE

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

4. ASSICURANDO

Nome e cognome

Luogo e data di nascita Codice fiscale Sesso M F

Residenza CAP

RISCHIO ASSICURATO Professionale ed extraprofessionale

PROFESSIONE Indicare la professione principale dell'Assicurando, precisando se, oltre a quella, esercita altra professione secondaria, carica, mandato od incombenza.

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE Indicare solo se diversi dagli eredi legittimi e/o testamentari

GARANZIE E SOMME ASSICURATE

Combinazione AbbINA 120 AbbINA 150 AbbINA 180

Combinazioni di garanzie e somme assicurate	Morte	Invalità permanente	Diaria per ricovero da infortunio	Rendita vitalizia	Rimborso spese sanitarie da infortunio	Pronto indennizzo
AbbINA 120	30.000,00	70.000,00	30,00	6.000,00	-	-
AbbINA 150	30.000,00	70.000,00	30,00	6.000,00	5.000,00	-
AbbINA 180	30.000,00	70.000,00	30,00	6.000,00	5.000,00	16.000,00

In tutte le combinazioni è incluso un pacchetto di garanzie Assistenza.
La combinazione scelta è la stessa per tutti gli assicurandi.

Polizza vita abbinata n.

PREMIO DI POLIZZA

Infortuni	<input type="text"/>	di cui imposta	<input type="text"/>
Assistenza	<input type="text"/>	di cui imposta	<input type="text"/>
Totale premio annuo	<input type="text"/>	di cui imposta	<input type="text"/>
Premio prima rata	<input type="text"/>	di cui imposta	<input type="text"/>

DICHIARAZIONI DEL PROPONENTE/ASSICURANDO

Il Proponente/Assicurando dichiara che qualcuno degli assicurandi:

Soffre o ha mai sofferto di gravi malattie? In caso affermativo indicare con quali esiti e conseguenze.

SI NO

E' affetto da infermità o difetti fisici? In caso affermativo indicare da quando e di che tipo.

SI NO

Ha subito negli ultimi 5 anni infortuni che abbiano residuo postumi invalidanti? In caso affermativo indicare quando, per quali motivi, con quali esiti e conseguenze.

SI NO

Ha individualmente altre assicurazioni in corso per lo stesso rischio? Ha avuto altre assicurazioni infortuni annullate? In caso affermativo indicare numero di polizza, capitali assicurati e motivo dell'eventuale annullamento, delle polizze in corso con la Società o con altre o con altri enti (escluso INAIL).

SI NO

Il Proponente/Assicurando propone alla Società la copertura dei rischi descritti in proposta, presa conoscenza delle Condizioni di assicurazione mod. 1472 ed. 7.2013, si impegna ad accettare la polizza che in conformità alla proposta stessa, verrà emessa dalla Società ed a pagare i relativi premi a norma di contratto.

Ai fini dell'efficacia dell'assicurazione infortuni, il Proponente/Assicurando dichiara che nessun Assicurato è affetto o è stato affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, infezioni da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidei, affettivi (quali la sindrome maniaco – depressiva), sindromi e disturbi mentali organici.

Dichiara, inoltre, di aver fornito le dichiarazioni richieste conscio delle conseguenze derivanti, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, da eventuali reticenze o inesattezze.

IL PROPONENTE/ASSICURANDO

L'INCARICATO (con riserva di accettazione del rischio da parte della Società)

IL PROPONENTE/ASSICURANDO DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO COMPOSTO DA:

- NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DI GLOSSARIO;
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE;
- PROPOSTA,

E DI AVER LETTO TALI DOCUMENTI PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA.

IL PROPONENTE/ASSICURANDO

Proposta redatta in, il

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽²⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽³⁾. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 Codice Privacy: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - privacy@generaligroup.com*.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Soggetti coinvolti nello specifico rapporto assicurativo (contraenti, assicurati, aderenti, pignoratori, vincolatari), assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.