

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI PRODOTTO “AUTOTUTELA CONDUCENTE TARGA”

FASCICOLO INFORMATIVO

Il presente fascicolo informativo contenente

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario
- b) Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI
PRODOTTO "AUTOTUTELA CONDUCENTE TARGA"

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto a preventiva approvazione dell'IVASS.

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

(i dati sono aggiornati al 01.05.2018)

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota informativa non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Assimoco S.p.A. Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Movimento Cooperativo che appartiene al Gruppo DZ Bank AG e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.;
- b) sede legale e direzione generale: via Cassanese n. 224, Centro Direzionale "Milano Oltre" – Palazzo Giotto, 20090 SEGRATE (Mi) Italia
- c) tel. 02/269621 – fax 02/26920266, sito internet www.assimoco.com; PEC: assimoco@legalmail.it;
- d) Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 11 giugno 1979 – Gazzetta Ufficiale n. 195 del 18 luglio 1979. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n.1.00051 Società facente parte del Gruppo Assimoco iscritto all'Albo IVASS n. 051

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto:	€	162.348.852,92
Capitale Sociale:	€	107.000.000,00
Riserve Patrimoniali:	€	28.072.293,71
Indice di Solvibilità:		2,64

(tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)

I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

IL CONTRATTO HA DURATA ANNUALE ED E' STIPULATO SENZA TACITO RINNOVO. PER GLI ASPETTI DI DETTAGLIO SI RIMANDA ALL'ART. 22 DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

AUTOTUTELA CONDUCENTE TARGA è un prodotto che consente di coprire i rischi inerenti la conduzione del veicolo indicato in polizza. Si precisa che questa tipologia di assicurazione integra e/o sostituisce quanto erogato dal SSN.

Le coperture assicurative prestate sono le seguenti:

Coperture offerte	Rinvio alle condizioni
Morte	Art. 5- a

Invalità permanente	Art. 5- b
Rimborso spese mediche	Art. 5- c

AVVERTENZA: il contratto prevede la presenza di limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Limitazioni ed esclusioni	Rinvio alle condizioni
Norme che regolano l'assicurazione infortuni	Artt. 2 ,3, 4
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	Art. 7, 8
Norme generali di assicurazione	Art. 20, 21

AVVERTENZA: Il contratto non è stipulabile dalle persone che abbiano superato il 75° anno di età.

AVVERTENZA: le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dell'Assicurato ed indicato in polizza; le prestazioni possono essere soggette a franchigie a carico dell'assicurato come indicato nello schema riepilogativo riportato alla fine del documento.

Per una migliore comprensione illustriamo, anche con degli esempi, il significato:

FRANCHIGIA: Parte del danno indennizzabile /rimborsabile a termini di polizza, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

Esempio - Rimborso spese mediche

Massimale previsto in garanzia	€ 2.500,00
Spese mediche sostenute	€ 500,00
Franchigia	€ 35,00
Spese mediche indennizzabili	€ 465,00

MASSIMALE:

Il massimale è la somma o durata massima fino alla concorrenza della quale la Compagnia presta la garanzia.

Esempio - Rimborso Spese mediche

Massimale previsto in garanzia	€ 2.500,00
Spese mediche sostenute	€ 3.000,00
Spese mediche indennizzabili	€ 2.500,00

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare, come indicato dall' Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione, la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 c.c..

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

AVVERTENZA: l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione.

Si rinvia all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione.

Un'ipotesi di circostanza rilevante, nell'ambito delle coperture offerte dal contratto, che determina la modificazione del rischio è rappresentata dalla sospensione della patente di guida.

6. Premi

Il premio è sempre riferito a ciascun periodo annuo del contratto.

È ammessa la rateazione semestrale o trimestrale senza interesse di frazionamento.

Il pagamento può essere effettuato secondo le modalità previste dalla Società (Assegno Bancario, Assegno Circolare, Bancomat, Bonifico verso Agenzia, Carta di Credito, Contanti, SEPA e Vaglia Postale).

AVVERTENZA: non sono previsti sconti tecnici.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non previsto.

8. Diritto di Recesso

AVVERTENZA: tanto il Contraente quanto la società hanno diritto di recedere dal contratto in caso di sinistro così come previsto nell'art. 19 delle Condizioni di assicurazione

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Con il termine "prescrizione" si intende una causa di estinzione del diritto determinata dal mancato esercizio dello stesso, entro il termine stabilito per legge.

In via particolare, ai sensi dell'art. 2952 C.C., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni, dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi alla presente polizza e ad atti ad essa connessi sono a carico della Contraente o dell'Assicurato. La tassazione prevista per ogni singola garanzia è del 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: per momento di insorgenza del sinistro si intende il momento in cui viene accertato il fatto dannoso per il quale sia stata attivata la corrispondente garanzia.

L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società la denuncia di sinistro entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

In caso di denuncia di sinistro per la garanzia Invalidità Permanente la verifica del grado di invalidità è demandato ad un collegio medico. L'assicurato si sottoporrà a visita medica e sosterrà le spese del proprio medico e la quota parte delle spese dell'eventuale terzo medico.

Pag. 3 di 6

Si rinvia all'art. 7 e seguenti delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di dettaglio sulle procedure liquidative.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Premi e Gestione - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI, in alternativa via fax al numero 02-2696.2466, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamipremi@assimoco.it.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Sinistri - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI, in alternativa via fax al numero 02-2696.2405, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamisinistri@assimoco.it.

Prima di inoltrare un reclamo, è opportuno verificare sul sito istituzionale della Compagnia: www.assimoco.it sezione dedicata ai Reclami, che i recapiti non siano cambiati.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami.

Per poter dar seguito alla trattazione della pratica è necessario che il reclamo contenga:

- *il numero di polizza o il numero di sinistro;*
- *il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;*
- *l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;*
- *la chiara e sintetica esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela;*
- *ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.*

Si precisa che il trattamento dei dati sopra indicati avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

Sarà cura dell'Ufficio Reclami, effettuati gli opportuni approfondimenti e verifiche, fornire una risposta entro il termine massimo di quarantacinque giorni.

Ricordiamo che la gestione dei reclami relativi ai comportamenti di un intermediario Agente, dei suoi dipendenti e collaboratori, compete ad Assimoco S.p.A..

Spetta, invece, all'intermediario Banca (iscritto nella Sez. D del Registro Unico Intermediari) la gestione dei reclami che hanno ad oggetto i comportamenti dei suoi dipendenti o collaboratori, in particolare, quelli attuati in violazione delle regole di comportamento di cui agli artt. da 46 a 52 del Regolamento ISVAP n° 5/2006. In questo caso, l'esponente dovrà inoltrare il reclamo direttamente all'intermediario Banca ai recapiti indicati nel suo sito internet istituzionale. Sarà cura dell'intermediario Banca fornire risposta entro il termine di 45 giorni dal suo ricevimento.

E' possibile trovare informazioni sulla gestione dei reclami, incluse le modalità di presentazione, le modalità di comunicazione e le tempistiche di risposta, anche nel modello 7B che viene consegnato dall'intermediario all'atto della sottoscrizione del contratto di polizza.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di mancata risposta nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'Autorità di Vigilanza inoltrando il reclamo a: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, oppure trasmettendolo via fax al numero 06-42.133.206, o via e-mail certificata (PEC) all'indirizzo; ivass@pec.ivass.it.

Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere:

- *il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;*
- *l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;*
- *una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;*
- *la copia del reclamo presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito*

dalla stessa;

- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Guida ai Reclami", ove è anche possibile trovare il modulo che l'esponente può utilizzare.

Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi, possono essere presentati direttamente all'IVASS secondo le modalità sopra indicate.

Si evidenzia inoltre che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

Rientrano tra i sistemi alternativi:

Mediazione

Nel caso di controversia insorta in tema di contratti assicurativi, bancari e finanziari il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 ha reso obbligatorio l'esperimento del tentativo di mediazione come condizione di procedibilità dell'eventuale giudizio. La Mediazione è un procedimento di composizione stragiudiziale delle controversie che si svolge alla presenza di un professionista terzo (mediatore) con la finalità di ricercare un accordo amichevole attuabile anche attraverso la formulazione di una proposta per la risoluzione della lite.

La richiesta di Mediazione deve obbligatoriamente essere attivata, prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia (www.mediazione.giustizia.it). Il procedimento di mediazione ha una durata massima stabilita dalla legge di tre mesi.

14. Perizia contrattuale ed Arbitrato

Il contratto prevede che le parti possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti e/o arbitri.

AVVERTENZA: resta in ogni caso fermo il diritto della parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

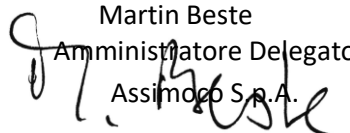
GLOSSARIO**Definizioni/Glossario**

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il Conducente del veicolo identificato in Polizza.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Beneficiario	il soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato deve essere pagata la somma garantita.
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.
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 un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
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.
Morte	decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio che avvenga entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio Scoperto	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 Società	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Assimoco Spa.
Ricovero	la permanenza dell'Assicurato a seguito di infortunio in Istituto di Cura con pernottamento.
Categorie veicoli:	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Autovetture ad uso privato (esclusa locazione) 2 – Autovettura da noleggio con conducente 3 - Autotassametri 4 – Autovettura da locazione senza conducente (noleggio libero) 5 - Autovetture scuola guida 6 – Autocarri fino a 40 q.li di peso complessivo a pieno carico 7 – Autocarri oltre 40 q.li di peso complessivo a pieno carico 8 – Motocarri e Motofurgoni 9 – Motocicli e Motocarrozette 10 –Veicoli speciali

Assimoco S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Martin Beste
 Amministratore Delegato
 Assimoco S.p.A.



Pag. 6 di 6

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Mod. D 458 CG 02 – Ed. 05/2018
Aggiornamento al 1 Maggio 2018

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI DEL CONDUCENTE

Articolo 01 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dall'Assicurato, durante la conduzione del veicolo indicato in polizza, sempreché lo stesso sia abilitato a norma delle disposizioni di legge. L'assicurazione si intende operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo, fino al momento in cui ne è disceso, ivi comprese le operazioni di salita e discesa. La garanzia si intende valida anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Sono compresi in garanzia gli infortuni:

- a) sofferti in conseguenza di malore o di stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcolici, di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- b) subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) 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 partecipato volontariamente;
- e) derivante da annegamento a seguito di incidente;
- f) derivanti da influenze termiche o atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione del fulmine;
- g) derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe e/o slavine.

Articolo 02 - Estensioni

Sono parificati ad infortunio le lesioni muscolari determinate da sforzo (con esclusione degli infarti), nonché le ernie traumatiche o da sforzo.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'ernia traumatica o da sforzo, la Società procederà alla liquidazione corrispondendo nel caso in cui, l'ernia anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata prevista per la garanzia Invalidità Permanente.

Qualora insorgano contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, le parti hanno facoltà di risolvere la controversia incaricando uno o più arbitri da nominare secondo il disposto previsto dall'Articolo 12.

Sono altresì parificati ad infortunio le lesioni sottocutanee dei tendini; in questo caso la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata con l'applicazione di una franchigia assoluta del 5% per ciascun sinistro.

L'assicurato è dispensato dal fornire certificazione medica comprovante la presenza di dette infermità al momento della stipulazione della polizza. Qualora al momento dell'infortunio l'Assicurato non risultasse fisicamente integro e sano o fosse comprovata la presenza di dette infermità prima della stipulazione del contratto, si applica il disposto previsto all'Articolo 08.

Articolo 03 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla partecipazione a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore di qualsiasi genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti;
- b) 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.);
- c) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- d) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- e) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, salvo quanto previsto all'Articolo 1 lettera d);
- f) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere;
- g) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;

- h) gli infortuni occorsi durante la conduzione di natanti da diporto;
- i) gli infortuni occorsi durante la conduzione del veicolo identificato in polizza, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge o in possesso di abilitazione scaduta; in caso di possesso di abilitazione scaduta la garanzia resta operante nel caso in cui l'assicurato, al momento del sinistro, sia comunque in possesso dei requisiti per il rinnovo, e che tale rinnovo abbia effetto;
- l) sofferti da soggetti diversi dall'Assicurato;
- m) da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive.

Articolo 04 - 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), non avrebbe consentito a stipulare l'assicurazione, si conviene che nel caso in cui uno 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.

Articolo 05 - 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 garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza dell'assicurazione, ma, comunque, entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

B) Invalità permanente

La Società indennizza la somma assicurata prevista qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, con esclusione dei danni di natura puramente estetica. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza dell'assicurazione ma, comunque, entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

C) 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 paraodontopatie 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 in ambulanza all'Istituto di Cura o in ambulatorio entro il limite massimo del 10% della somma assicurata.

Articolo 06 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida per il Mondo Intero.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Articolo 07 - 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. 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.

Articolo 08 - 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 A dell'Articolo 10, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Articolo 09 - Liquidazione ai beneficiari in caso di morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, secondo quanto previsto all'Articolo 05 lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata prevista agli eredi legittimi e/o testamentari.

Se l'infortunio ha avuto come conseguenza 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, di quello già pagato per invalidità permanente.

Articolo 10 - Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente secondo quanto previsto all'Articolo 05 lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella A 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 A.

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 articolati 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 A, 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 A, verrà effettuata nel modo seguente:

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
da 11 a 66	pari al grado di invalidità permanente accertato
Oltre 66	100

Articolo 11 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un rimborso delle spese secondo quanto previsto all'Articolo 05 lettera C), la Società rimborserà il massimale indicato in polizza per ciascun infortunio, con l'applicazione di una **franchigia di Euro 35,00** per ogni infortunio, elevata a **Euro 100,00** relativamente alle spese sostenute dall'Assicurato per trattamenti fisioterapici.

Articolo 12 - Controversie – Arbitrato irrituale

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione previsti all'Articolo 10, 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.

Articolo 13 - 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.

NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE

Articolo 14 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi di quanto disposto dagli Artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 15 - 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 successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze ai sensi di quanto disposto dall'Art.1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Articolo 16 - Modifiche dell'assicurazione

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

Articolo 17 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del 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 di quanto disposto dall'Art.1898 del Codice Civile.

Articolo 18 - 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 di quanto disposto dall'Art.1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 19 - 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.

Articolo 20 - Limiti di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni. Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale del premio.

Articolo 21 - Altre assicurazioni

Il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre polizze per il medesimo rischio. Se il Contraente omette dolosamente di dare comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro l'Assicurato e/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 22 - Durata e rinnovo

Il contratto ha durata annuale, non prevede il tacito rinnovo e non necessita quindi di comunicazioni preventive di disdetta. Qualora Assimoco intenda effettuare una proposta di proroga della copertura assicurativa, metterà a disposizione del Contraente le relative tariffe e le condizioni di polizza presso l'intermediario al quale è assegnato il contratto stesso. Il contraente potrà decidere di rinnovare il contratto pagando il premio stabilito.

Assimoco manterrà operanti le garanzie attivate sul contratto fino alla data di pagamento del rinnovo o alla data di effetto di un eventuale nuovo contratto indipendentemente dalla Compagnia Assicuratrice, ma non oltre il 15° giorno successivo alla scadenza della polizza.

Articolo 23 - Oneri fiscali

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

Articolo 24 - Rinvio alle norme di legge

Per quanto non diversamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

TABELLA A)

	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		8%	
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		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
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		8%	
- totale del mignolo		12%	
- della falange ungueale del pollice	15%		12%
- della falange ungueale dell'indice	7%		6%
- della falange ungueale del medio		5%	
- della falange ungueale dell'anulare		3%	

- della falange ungueale del mignolo		5%	
- delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
- delle due ultime falangi del medio		8%	
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
- delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi 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		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
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	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazione 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.

SETTORE	ART.	GARANZIA	LIMITI	SCOPERTO	FRANCHIGIA	NOTA
Infortuni	10	<i>Invalidità permanente</i>	Somma assicurata	//	Determinata come da indicazioni dell'Art.10	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 A dell'Articolo 10, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
	11	<i>Rimborso spese mediche</i>	Somma assicurata		35 Euro/sinistro 100 Euro per spese sostenute per trattamenti fisioterapici	