



POLIZZA INFORTUNI RISCHI SPECIALI

Polizza Infortuni Rischi Speciali

Condizioni di polizza

Indice

Nota Informativa	pag.	1
Definizioni	pag.	5
1. Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni	pag.	7
2. Condizioni Particolari	pag.	11
3. Condizioni Speciali	pag.	14
4. Norme per la liquidazione dei sinistri	pag.	15
5. Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag.	19
6. Articoli di Legge Codice Civile	pag.	23
7. Codice della Navigazione	pag.	26
Informativa Privacy	pag.	27

NOTA INFORMATIVA

Premessa

La presente nota informativa è predisposta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 nonché con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente Nota saranno assunte da Aurora Assicurazioni S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 del R.D.L. 29 aprile 1923, n. 966), e soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Assicurazioni S.p.A., con sede in Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Italia.

1. Informazioni relative al contratto

1.1 Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, il Cliente ed Aurora Assicurazioni S.p.A. potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Aurora Assicurazioni S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

1.2 Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami in merito al contratto possono essere rivolti direttamente a:

Aurora Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami
Via della Unione Europea, 3/B
20097 San Donato Milanese (MI) - Italia
Tel.: 02 55604027 Fax: 02 51815353
E-mail: ufficio_reclami@auroraassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo:

ISVAP
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Aurora Assicurazioni S.p.A.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente ed Aurora Assicurazioni S.p.A. concordino di applicare al contratto la legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta ed in tal caso l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Cliente stesso.

2. Informazioni relative al contratto "Servizi e Prestazioni Sanitarie"

2.1 Durata del contratto

Il contratto non prevede il "tacito rinnovo".

Alla scadenza convenuta il contratto sarà risolto senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

2.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;

- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

3. Informazioni relative al contratto "Indennità Plus da Ricovero"

3.1 Durata del contratto

Il contratto prevede il "tacito rinnovo".

In assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine previsto nelle Norme di Assicurazione in Generale, alla scadenza convenuta il contratto si rinnoverà.

In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza prevista senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

3.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal **60° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

4. Informazioni relative al contratto "Indennità Giornaliera da Ricovero"

4.1 Durata del contratto

Il contratto prevede il "tacito rinnovo".

In assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine previsto nelle Norme di Assicurazione in Generale, alla scadenza convenuta il contratto si rinnoverà.

In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza prevista senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

4.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

5. Informazioni relative al contratto "Invalidità Permanente da Malattia"

5.1 Durata del contratto

Il contratto non prevede il "tacito rinnovo".

Alla scadenza convenuta il contratto sarà risolto senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art.1901 del Codice Civile.

5.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre dal **90° giorno** successivo a quello di effetto della polizza.

6. Informazioni relative al contratto "Polizza Malattia Rischi Speciali"

6.1 Durata del contratto

Il contratto non prevede il "tacito rinnovo".

Alla scadenza convenuta il contratto sarà risolto senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

6.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

7. Informazioni relative al contratto "Infortuni per la Persona" Sezione Malattia

7.1 Durata del contratto

Il contratto prevede il "tacito rinnovo".

In assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine previsto nelle Norme di Assicurazione in Generale, alla scadenza convenuta il contratto si rinnoverà.

In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza prevista senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

7.2 Periodo di carenza contrattuale

Il contratto prevede:

- per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre dal **90° giorno** successivo a quello di effetto della polizza;
- per le garanzie "Inabilità Temporanea nella Forma Integrale" e "Diaria da Ricovero" da malattia, una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto;

la stessa decorre:

- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.
- per la garanzia "Inabilità Temporanea nella forma Ricovero e convalescenza" da malattia, una carenza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto;

la stessa decorre:

- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

8. Informazioni relative al contratto "Polizza Infortuni Rischi Speciali" Sezione Malattia

8.1 Durata del contratto

Il contratto prevede il "tacito rinnovo".

In assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine previsto nelle Norme di Assicurazione in Generale, alla scadenza convenuta il contratto si rinnoverà.

In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza prevista senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

8.2 Periodo di carezza contrattuale

Il contratto prevede una carezza contrattuale ovvero un differimento della garanzia rispetto all'effetto; la stessa decorre:

- dal **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **300° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

9. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La nota informativa non sostituisce le Condizioni di polizza consegnate al Cliente e che lo stesso è invitato a leggere con attenzione prima della sottoscrizione del contratto, richiedendo all'agenzia tutti i chiarimenti necessari.

Mod. U1309 Ed.01/2006

DEFINIZIONI

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

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di rischio: insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Consumatore: così come definito dall'Art. 1469 bis del Codice Civile.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Contratto/Polizza: documento che prova l'assicurazione; si compone del presente fascicolo denominato "Parte A" e della scheda di polizza, denominata "Parte B".

Convalescenza: periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio, indennizzabile a termini di polizza.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e/o terapie mediche documentata da cartella clinica.

Difetto fisico/malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione sanitaria: originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia: parte di danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso, in giorni o in percentuale sul grado di invalidità permanente accertato.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque

immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico.

Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili - sempreché rigidi, esterni e comunque immobilizzanti - purché prescritti:

- **in assenza di Ricovero o di Day hospital**, da un Pronto soccorso dipendente da Presidio ospedaliero;
- **in caso di Ricovero o di Day hospital**, nel corso della degenza dai sanitari dell'Istituto di cura oppure, alla dimissione, da un medico specialista ortopedico.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di attendere alle sue abituali occupazioni.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura: struttura sanitaria a gestione pubblica o gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungodegenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici, dietetici, fisioterapici, riabilitativi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario: documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza.

Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso

spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Impresa Assicuratrice.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 1.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nella "Parte B" del contratto nonché alle condizioni che seguono, ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 1.7, i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti, alle estensioni ed alle Condizioni Particolari - se rese operanti - che abbiano determinato lesioni corporali.

ART. 1.2 EVENTI GARANTITI INFORTUNI DA ATTIVITÀ PROFESSIONALE

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi:

- nell'esecuzione di lavori inerenti alle attività professionali svolte entro le previsioni di cui alla "Classificazione delle attività professionali" di seguito riportata;
- durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Il premio relativo è determinato, per espressa dichiarazione resa e sottoscritta dall'Assicurato e/o dal Contraente al momento della stipulazione della polizza, in base alla "Classe di rischio" in cui rientrano tutte le attività svolte dall'Assicurato stesso.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI CLASSI DI RISCHIO

PRIMA CLASSE

Tutte le attività svolte senza alcuna partecipazione al lavoro manuale ed in particolare quelle imprenditoriali, dirigenziali, impiegatizie, professionali, artigianali, commerciali, di culto, nonché casalinghe, studenti, pensionati, benestanti.

SECONDA CLASSE

Attività svolte con lavoro manuale ed eventuale uso di:

- macchine a motore automatiche;
 - macchine a motore semiautomatiche di potenza non superiore a 2 Kw;
 - macchine a motore con impiego manuale di potenza non superiore a 2 Kw;
- è escluso il lavoro che comporti:
- fusione di metalli non preziosi;
 - uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica;
 - uso di sostanze corrosive;
 - installazione, manutenzione, riparazione di impianti di alta tensione (superiore a 400 V. c.a. - superiore a 600 V. c.c.);
 - taglio di alberi ad alto fusto;
 - impiego e/o guida di macchine operatrici semoventi o macchine agricole;
 - guida di autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, adibiti al trasporto di merci;
 - carico o scarico di sostanze infiammabili o corrosive;

- carico o scarico di bestiame non ingabbiato nonché di altre merci o prodotti effettuato su e da autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, imbarcazioni, navi e natanti;
- macellazione e mattanza;
- lavoro manuale svolto ad altezze superiori a 4 metri su tetti, scale, gru, impalcature, ponteggi, nonché in cave in genere.

TERZA CLASSE

Tutte le altre attività svolte con lavoro manuale, senza alcuna esclusione, salvo quanto previsto per le attività assicurabili a condizioni speciali di cui al successivo Art. 1.3.

Ai fini della classificazione dei rischi si precisa che sono parificate al lavoro manuale:

- le operazioni di facchinaggio, di carico o scarico di merci e di prodotti su o da qualsiasi mezzo adibito al trasporto di cose;
- le prestazioni di servizio manuali (quali, a titolo esemplificativo: pulizia ambienti e strade, lavaggio macchine, cambio olio di veicoli a motore, addobbi, affissione, barellieri, ed attività similari);
- la guida di veicoli a motore per il trasporto di persone o cose, tranne quella di:
 - autovetture;
 - autoveicoli per il trasporto promiscuo di persone e cose;
 - autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri, purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie;
 - motocicli e ciclomotori ad uso privato.

ART. 1.3 ATTIVITÀ NON RIENTRANTI NELLE CLASSI DI RISCHIO ED ASSICURABILI A CONDIZIONI SPECIALI

Le persone che svolgono le attività sottoelencate non rientrano nelle previsioni di cui alla "Classificazione delle attività professionali" del precedente Art. 1.2, pertanto possono essere assicurate esclusivamente mediante patto speciale ed a condizioni determinate per ogni singolo caso:

- personale che svolge lavori subacquei;
- personale di bordo di mezzi aerei e marittimi;
- personale specificatamente addetto al collaudo di veicoli in genere;
- personale di circhi equestri ed artisti acrobati;
- personale addetto a giostre e parchi di divertimento;
- personale di giardini zoologici;
- personale addetto all'addestramento di animali;
- personale delle Forze Armate, del Corpo di Polizia, di Vigilanza e Vigili del Fuoco;
- personale addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di prodotti esplosivi e contaminanti;
- personale che accede e/o lavora in miniera;
- personale che lavora in galleria;
- personale addetto allo spurgo di pozzi neri e manutenzione di reti fognarie;
- personale addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere;

- personale addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- pirotecnici;
- istruttori dei seguenti sports: aerei, free-climbing (arrampicata libera), pugilato, lotta in genere nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano, immersioni subacquee, speleologia, bob, arti marziali, hockey, sci ed idrosci, paracadutismo, tuffi, scherma, equestri e motoristici;
- atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali che praticano in forma professionistica lo sport;
- guide alpine.

ART. 1.4 EVENTI GARANTITI INFORTUNI DA ATTIVITÀ EXTRAPROFESSIONALE

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale. Sono pertanto indennizzabili, a titolo descrittivo ma non limitativo, gli infortuni subiti:

- nello svolgimento di attività domestiche;
- nello svolgimento di lavori di manutenzione, riparazione, abbellimento, miglioramento della propria abitazione abituale o non abituale e del relativo arredamento anche con uso di macchine a motore;
- nello svolgimento di lavori di giardinaggio e di orticoltura effettuati per hobby, anche con uso di macchine a motore da giardino e da orto;
- nello svolgimento di hobbies anche con uso di macchine a motore;
- alla guida di imbarcazioni da diporto, motocicli, ciclomotori, biciclette, autovetture, campers, compresi gli autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie e purché di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali;
- in qualità di passeggero di tutti i mezzi di locomozione pubblici o privati, terrestri, marittimi, fluviali, lacuali.

ART. 1.5 PARIFICAZIONE AD INFORTUNIO

Sono considerati infortuni:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) la folgorazione;
- g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- h) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto;
- i) le ernie traumatiche o da sforzo, con le limitazioni di cui all'Art. 4.11;
- j) la rottura sottocutanea dei tendini purché l'Assicurato alla data del sinistro risulti assicurato con polizza infortuni della Società da almeno **6 mesi** senza soluzione di continuità.

ART. 1.6 ESTENSIONI

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. **1912 del Codice Civile**. Resta convenuto che la presente estensione è operante per il solo caso di morte e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al **50%** dell'indennizzo dovuto a' termini di polizza;
- c) gli infortuni occorsi durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.
Questa estensione non comprende gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione e di ottenere la protrazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione;
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:
 - su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili di aeroclub;
 - apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani, mezzi per il parapendio.
 La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.
- e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di **quattordici giorni** dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero;
- f) le spese documentate sostenute dall'Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a' termini di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, fino ad un importo massimo di € **5.000,00** per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia "Rimborso spese mediche", se operante;
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sports elencati all'Art. **1.10** paragrafo 1.

ART. 1.7 GARANZIE PRESTATE

(operanti solo se espressamente indicate nella "Parte B" del contratto le somme assicurate e corrisposto il relativo premio)

A) MORTE

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. La garanzia è prestata anche se la morte si verifica

successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro **due anni** dal giorno dell'infortunio.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque, entro **due anni** dal giorno dell'infortunio.

C) INABILITÀ TEMPORANEA

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una inabilità temporanea.

D) RIMBORSO PER SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza le spese per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite di medici generici e/o specialisti, 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 durante l'intervento;
- c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto nel limite complessivo del **20%** della somma assicurata;
- d) le rette di degenza;
- e) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di **trecentosessanta giorni**, di carrozzelle ortopediche, o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- f) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'Istituto di cura o ambulatorio entro il **20%** della somma assicurata.

Resta comunque inteso tra le Parti che è sempre escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre **12 mesi** dalla data del sinistro.

E) INDENNITÀ PER RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per **due giorni** consecutivi.

F) INDENNITÀ PER RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

La garanzia, in base alle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario, riguarda la malattia che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per **due giorni** consecutivi.

L'assicurazione decorre dalle ore 24:

- del **trentesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del **centottantesimo giorno** successivo a quello di

effetto della polizza, per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;

- del **centottantesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Assicurato nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- del **trecentesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza, per il parto e l'aborto terapeutico.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità di altra polizza emessa dalla Società e riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24:

- del giorno di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da questa ultima risultanti;
- del giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 1.8 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 1.9 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a) gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
- b) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) gli infortuni occorsi all'Assicurato in conseguenza di: ubriachezza, di abuso di psicofarmaci, di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da essi derivanti;
- e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;
- f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 1.6 lettera e);
- g) attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- h) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;
- i) le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- j) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva,

comprese le relative prove ed allenamenti, degli sports elencati all'Art. 1.10 paragrafo 2.

Ed inoltre, qualora sia stata attivata la prestazione "Indennità per ricovero a seguito di malattia", relativamente alla stessa l'assicurazione non è operante per i ricoveri:

- k) relativi a conseguenze dirette di malattie, difetto fisico/malformazione, stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave;
- l) conseguenti a malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- m) necessari alla correzione o l'eliminazione di difetti fisici congeniti;
- n) riguardanti terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;
- o) riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura;
- p) necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie;
- q) riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V.;
- r) riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- s) riguardanti le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del- l'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.

ART. 1.10 INFORTUNI DERIVANTI DALLA PRATICA ATTIVITÀ SPORTIVA (COMPRESSE LE RELATIVE PROVE ED ALLENAMENTI)

Ai fini della operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sports compresi

- a) **"Sports del tempo libero"**: intendendosi per tali quelli **non effettuati** sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica, a carattere ricreativo, senza alcuna forma di remunerazione e/o contributi di qualsiasi natura o titolo, da chiunque corrisposti, salvo premi non in denaro e rimborsi di spese sostenute;
- b) **"Sports agonistici"**: intendendosi per tali quelli **effettuati** sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica, senza alcuna remunerazione e/o contributi di qualsiasi natura o titolo, da chiunque corrisposti. È, tuttavia, ammessa, quando presente, una remunerazione - in premi o in denaro - purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente "una tantum" nonché i rimborsi delle spese sostenute. Per la pratica degli **"sports agonistici"** la garanzia

è limitata ai soli casi Morte ed Invalidità permanente.

2) Sports esclusi

c) "Sports ad alto rischio":

- intendendosi per tali quelli di seguito indicati:
- alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco;
 - pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme;
 - football americano, free-climbing, discesa di rapide, rafting, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, sci alpinismo, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia.

d) Altri sports sempre esclusi:

- tutti quelli effettuati in forma professionistica;
- motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura;
- paracadutismo e sports aerei in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani e mezzi per il parapendio.

ART. 1.11 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

A) Per limite d'età

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione successivi, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del **settantacinquesimo anno** di età dell'Assicurato relativamente a quest'ultimo.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

B) Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi per l'Assicurato affetto da tali patologie.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

2. CONDIZIONI PARTICOLARI

A) LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 1 nella "Parte B" del contratto)

La garanzia assicurativa riguarda esclusivamente i soli infortuni derivanti da attività extraprofessionale come descritti all'Art. 1.4.

B) LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 2 nella "Parte B" del contratto)

La garanzia assicurativa riguarda esclusivamente i soli infortuni derivanti da attività professionale come descritti all'Art. 1.2.

C) TABELLA INAIL

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 3 nella "Parte B" del contratto)

La "Tabella A" correlata all'Art. 4.5 per la determinazione dell'invalidità permanente si intende sostituita dalla tabella di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche (allegato 1).

D) INABILITÀ TEMPORANEA IN FORMA INTEGRALE E RELATIVA LIQUIDAZIONE

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 4 nella "Parte B" del contratto)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 4.7, se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o nella parziale incapacità fisica di attendere, anche in parte, alle sue abituali occupazioni.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di **quindici giorni**.

La franchigia:

a) è ridotta a **cinque giorni** quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un Presidio Ospedaliero;

non si applica quando l'infortunio comporti:

b) un periodo di ricovero pari o superiore a **tre giorni** in Istituto di cura;

c) un Day Hospital di almeno **due giorni** consecutivi;

d) un periodo di inabilità temporanea non inferiore a **quaranta giorni** consecutivi comprovati da certificazione medica;

e) una immobilizzazione, anche senza ricovero per almeno **venti giorni**.

E) INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA ASSOLUTA

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 9 nella "Parte B" del contratto)

Quanto previsto dall'Art. 4.6 - viene annullato e così sostituito:

L'indennizzo dovuto per l'invalidità permanente verrà determinato come segue:

- sulla parte di somma assicurata sino a € **250.000,00** l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **5%**; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od

inferiore alla prevista franchigia del **5%**;

- sulla parte di somma assicurata eccedente € **250.000,00** e fino a € **500.000,00** l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **10%**; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **10%**;

- sulla parte di somma assicurata eccedente € **500.000,00** l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **15%**; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **15%**.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado superiore al **25%** della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;

- pari o superiore al **66%** della totale, la Società liquida l'indennità al **100%**.

F) ASSICURAZIONE PER L'INFORTUNIO DEL QUALE SIA CIVILMENTE RESPONSABILE IL CONTRAENTE

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 14 nella "Parte B" del contratto)

La garanzia assicurativa riguarda la copertura del Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti dello stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

In tal caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di una ulteriore somma pari a quella dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato una polizza di responsabilità civile, operante per il sinistro occorso, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di responsabilità civile.

La presente garanzia non è operante quando:

a) l'infortunio non è indennizzabile a' sensi di polizza;

b) l'infortunio è indennizzabile a' sensi della estensione di cui all'Art. 1.6 lett d);

c) gli infortunati sono parenti od affini del Contraente stabilmente conviventi con lui;

d) il Contraente è una società a responsabilità illimitata e gli infortunati sono soci od amministratori della stessa, ovvero loro parenti od affini stabilmente conviventi con loro.

G) INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE A SEGUITO DI INFORTUNIO

(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 32 nella "Parte B" del contratto)

La garanzia, ad estensione di quanto previsto all'Art. 1.7 paragrafo E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una immobilizzazione.

La Società corrisponderà per ogni giorno di immobilizzazione, sino alla rimozione del mezzo di contenzione -

anche in assenza di ricovero - un indennizzo giornaliero pari al **50%** della somma assicurata per la diaria da ricovero.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, **sessanta giorni** per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata dell'immobilizzazione e la causa;
- c) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il **trentesimo giorno** successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

H) INDENNITÀ PER CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO
(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 33 nella "Parte B" del contratto)

La prestazione, ad estensione di quanto previsto all'Art. 1.7 paragrafo E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura, indennizzabile a' termini di polizza, per un periodo pari al doppio di quello della degenza con il limite di **sessanta giorni** per ogni infortunio.

Il periodo di indennizzo comprensivo del ricovero e della convalescenza non potrà superare i **trecentosessanta-cinque giorni**.

L'indennità per convalescenza è automaticamente dovuta senza alcun obbligo di esibizione di certificazione medica attestante lo stato di convalescenza.

I) INVALIDITÀ PERMANENTE IN FORMA SPECIFICA
(garanzia facoltativa, operante solo se indicato il codice 36 nella "Parte B" del contratto)

Fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 4.5, in caso di infortunio indennizzabile che comporti all'Assicurato la perdita totale, anatomica o funzionale degli organi od arti di seguito elencati, la "Tabella A" correlata all'Art. 4.5 o la Tabella correlata alla Condizione Particolare C), se resa operante, si intende parzialmente modificata come di seguito indicato:

per la perdita totale di un braccio o di una mano	100%
per la perdita totale del pollice	60%
per la perdita totale dell'indice	60%
per la perdita totale del medio	30%
per la perdita totale dell'anulare	15%
per la perdita totale del mignolo	15%
per la perdita totale di più dita della stessa mano	80%
percentuale massima	
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%
per la sordità completa di un orecchio	25%
per la sordità completa di ambedue gli orecchi	75%
per la perdita totale di un piede	50%

Per la perdita di una falange o di anchilosi totale di una sola articolazione l'indennizzo sarà pari alla metà di quella per la perdita totale del dito.

Si conferma che in caso di minorazione le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta e che rimangono ferme tutte le altre disposizioni previste dal citato articolo.

Viene inoltre convenuto e stabilito che la presente pattuizione cesserà di essere operativa nel caso in cui

l'Assicurato cambiasse la propria attività professionale indicata in polizza. In tal caso la Società provvederà a richiesta dell'Assicurato, alla modifica del premio.

L) ESCLUSIONE TACITA PROROGA
(operante solo se espressamente richiamata nella "Parte B" del contratto)

A deroga dell'Art. 5.10 la presente polizza avrà termine alla sua naturale scadenza senza obbligo per le Parti di ulteriore disdetta.

M) ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI
(operante solo se espressamente richiamata nella "Parte B" del contratto)

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato e costituisce, in ogni caso, il premio minimo; pertanto il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli.

La somma assicurata ai fini del calcolo dell'indennizzo si determina considerando retribuzione quella che l'infortunato ha percepito nei **dodici mesi** precedenti rispetto a quella in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente, purché su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il **primo anno** di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso fra la data di assunzione e quella dell'infortunio.

Entro **sessanta giorni** dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società possa procedere al conteggio per la regolazione del premio definitivo.

Agli effetti della regolazione del premio la retribuzione annua denunciata per ogni singolo assicurato non potrà superare la somma ottenuta dividendo "l'importo massimo garantito" per i multipli della retribuzione riportati nella "Parte B" del contratto per i casi di Morte e Invalidità Permanente. Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro **trenta giorni** dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata

regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare infermità, difetti fisici e/o mutilazioni, di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo il disposto dell'Art. 1.11.

In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 4.2 che stabilisce i criteri di indennizzabilità in presenza di preesistenti minorazioni e/o condizioni patologiche.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre polizze infortuni stipulate dai singoli Assicurati con altre società, ciò in deroga a quanto previsto all'Art. 5.8.

N) ESTENSIONE ALLE ATTIVITÀ SPORTIVE DERIVANTI DAGLI "SPORTS AD ALTO RISCHIO"

(operante solo per gli "Sports ad alto rischio" identificati nella "Parte B" del contratto)

A parziale deroga dell'Art. 1.10 paragrafo 2 lettera c), la garanzia è estesa, limitatamente ai casi Morte e Invalidità Permanente, agli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva di uno o più degli sports sottoelencati purché ne sia stata espressamente pattuita la relativa estensione e purché non praticati in forma professionistica e senza alcuna remunerazione e/o contributi di qualsiasi natura o titolo, da chiunque corrisposti. È, tuttavia, ammessa, quando presente, una remunerazione - in premio o in denaro - purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente "una tantum", nonché i rimborsi delle spese sostenute:

- Alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il III grado della scala di Monaco
- Pugilato
- Lotta nelle sue varie forme
- Arti marziali nelle loro varie forme (escluso Pugilato)
- Football americano
- Free-climbing
- Discesa di rapide
- Rafting
- Atletica pesante
- Salti dal trampolino con sci
- Sci acrobatico
- Sci estremo
- Sci alpinismo
- Salti dal trampolino con idrosci
- Bob
- Bobsleigh (guido slitta)
- Skeleton (sliittino)
- Rugby
- Hockey
- Immersione con autorespiratore (per Assicurati con brevetto delle Autorità Sportive)
- Speleologia.

Relativamente alla presente estensione la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente avverrà secondo le modalità descritte alla Condizione Particolare E) anche se non espressamente richiamata.

O) REGOLAZIONE DEL PREMIO

(operante solo se indicato il codice 80 nella "Parte B" del contratto)

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi variabili dallo stesso denunciati ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio iniziale, che costituisce, in ogni caso, il premio minimo.

Entro **sessanta giorni** dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati necessari alla regolazione, affinché la Società possa procedere al relativo conteggio del premio definitivo.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro **trenta giorni** dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Il Contraente, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli, è tenuto a fornire chiarimenti e ad esibire tutta la documentazione necessaria.

P) INDICIZZAZIONE

(operante solo se indicato il codice e il n° indice nella "Parte B" del contratto)

La polizza è soggetta ad adeguamento automatico. Ad ogni scadenza annuale le somme assicurate ed il premio dell'annualità precedente saranno automaticamente aumentati in misura costante di un'aliquota pari al 5%.

Qualora, in conseguenza di più adeguamenti, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il **doppio** degli importi inizialmente stabiliti, la Società avrà facoltà, entro **sessanta giorni** dalla scadenza della rata cui si riferisce l'ultimo adeguamento, di rinunciare alla normativa di cui al presente articolo; in tal caso, dalla successiva scadenza, le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

L'adeguamento di cui al presente articolo non opera per le franchigie espresse in percentuali, in giorni, e per i limiti minimi oltre i quali si applicano dette franchigie.

3. CONDIZIONI SPECIALI (sempre operanti)

A.1) ASSICURAZIONI DI GRUPPO

Se il contratto è stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 Codice Civile.

A.2) COMMORIENZA DI CONIUGI - DUPLICAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA A FAVORE DEI FIGLI MINORENNI

La Società liquida una seconda volta - ma con il massimo di € **100.000,00** - la somma assicurata per il caso di morte qualora nel medesimo infortunio che provochi la morte dell'Assicurato perisca anche il suo coniuge.

Questo indennizzo supplementare viene corrisposto unicamente ai figli di età inferiore ai **18 anni** e/o figli maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa), in parti uguali.

A.3) RISCHIO "IN ITINERE"

La garanzia assicurativa, anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale, vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

4. NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 4.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o 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.

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.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 4.2 CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 4.5 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 4.3 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER IL RISCHIO PROFESSIONALE

In caso di sinistro occorso nell'esecuzione di un'attività professionale, l'indennizzo sarà corrisposto:

- integralmente, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra nella classe di rischio dichiarata dal Contraente/Assicurato ed indicata in polizza, o rientra in una classe di minor rischio rispetto a quella indicata;
- con una riduzione percentuale, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra in una classe di maggior rischio rispetto alla classe dichiarata in polizza.

In relazione a quanto sopra l'indennizzo spettante a' termini di polizza sarà liquidato secondo la seguente Tabella.

TABELLA CORRELATA ALL'ART. 4.3

ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA		
	Classe I	Classe II	Classe III
Classe I	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe II	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe III	-50%	-30%	Nessuna riduzione

ART. 4.4 LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI PER LA MORTE DELL'ASSICURATO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 1.7 paragrafo A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente. Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a' termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

ART. 4.5 DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'Art. 1.7 paragrafo B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla "Tabella A" (o alla Condizione Particolare C) qualora espressamente richiamata). Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla "Tabella A", si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella "Tabella A", le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- per le 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 di invalidità permanente non specificata nella "Tabella A", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella "Tabella A" e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

TABELLA A CORRELATA ALL'ARTICOLO 4.5

Perdita 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%
• una falange ungueale del pollice	9%
• una falange di altro dito della mano	1,3 del valore del dito
• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%
• un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• un arto inferiore 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%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Perdita anatomica di:	
• un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Anchilosi:	
• della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo:	
• radiale	35%
• ulnare	20%
• sciatico popliteo esterno	15%
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%
• dodicesima dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	
2%	
Esiti di frattura del:	
• menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
• menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
• sacro	3%
• coccige con callo deforme	5%
Esiti di rottura sottocutanea:	
• del tendine di Achille	4%
• di un tendine del bicipite brachiale	5%
• di un qualsiasi altro tendine	2%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Perdita della voce	30%

ART. 4.6 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVE FRANCHIGIE

- A) La liquidazione per invalidità permanente verrà determinata con le modalità che seguono (salvo che sia stata resa operante la Condizione Particolare E):
- sulla parte di somma assicurata sino a € **150.000,00**, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **3%**; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **3%**;
 - sulla parte della somma assicurata eccedente € **150.000,00** e fino a € **250.000,00**, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **5%**; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **5%**;
 - sulla parte della somma assicurata eccedente € **250.000,00** e fino a € **500.000,00**, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **10%**; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **10%**;
 - sulla parte della somma assicurata eccedente € **500.000,00**, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del **15%**; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del **15%**.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado superiore al **25%** della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al **66%** della totale, la Società liquida l'indennità al **100%**.

ART. 4.7 LIQUIDAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA E RELATIVE FRANCHIGIE

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, secondo la previsione dell'Art. 1.7 paragrafo C), la Società corrisponderà la somma assicurata:

- **integralmente**, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle sue abituali occupazioni;
- al **50%** per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue abituali occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di **trecentosessantacinque giorni** per ogni infortunio e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato. La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di **dieci giorni**.

La franchigia:

- è ridotta a **cinque giorni** quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un Presidio Ospedaliero;
- non si applica quando l'infortunio comporti:
 - a) il ricovero in Istituto di cura;
 - b) un Day Hospital di almeno **due giorni** consecutivi;
 - c) un periodo di inabilità temporanea non inferiore a **quaranta giorni** consecutivi comprovati da certificazione medica;
 - d) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno **venti giorni**.

L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

ART. 4.8 LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO E RELATIVA FRANCHIGIA

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del **10%** con il minimo di € **40,00** e con il massimo di € **250,00** per ogni infortunio, che rimane a carico dell'Assicurato.

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporti:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un Day Hospital di almeno **due giorni** consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno **venti giorni**.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre **due anni** dalla data dell'Infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di **mesi 12**.

Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia. Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

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 del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART. 4.9 LIQUIDAZIONE DELLA INDENNITÀ PER RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 1.7 paragrafo E), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata nella "Parte B" del contratto per ogni giorno di

- degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per **due giorni** consecutivi, una indennità pari al **50%** della somma indicata nella "Parte B" del contratto, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, **trecentosessantacinque giorni** per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) il giorno di entrata e quello di uscita dall'Istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il **trentesimo giorno** successivo a quello in cui è terminata la degenza.

ART. 4.10 LIQUIDAZIONE DELLA INDENNITÀ PER RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

Se la malattia ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 1.7 paragrafo F), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata nella "Parte B" del contratto per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per **due giorni** consecutivi, una indennità pari al **50%** della somma indicata nella "Parte B" del contratto, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, **trecentosessantacinque giorni** per ogni malattia;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) il giorno di entrata e quello di uscita dall'Istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il **trentesimo giorno** successivo a quello in cui è terminata la degenza.

ART. 4.11 LIQUIDAZIONE DELLE ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

Per le ernie traumatiche o da sforzo determinate da Infortunio, si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti - secondo giudizio medico - operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso - in misura non superiore al **10%** della totale;
- qualora l'ernia risulti - secondo giudizio medico - operabile e la stessa non abbia residuo una invalidità permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad **1/1000** della somma

assicurata per invalidità permanente, con il massimo di € **100,00** per giorno, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. La predetta indennità viene corrisposta indipendentemente dalla presenza di altra copertura per il caso ricovero eventualmente prevista in polizza e, comunque, in aggiunta alla stessa.

Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 4.6.

ART. 4.12 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. 4.13 ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 4.5, possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È 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.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ART. 4.14 LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRO COLLETTIVO

Si conviene fra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € **5.000.000,00**.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

5. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 5.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli **1892, 1893 e 1894 del Codice Civile**.

ART. 5.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del **quindicesimo giorno** dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. **1901 del Codice Civile**). I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

ART. 5.3 FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi **quindici giorni** dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

ART. 5.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato; in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Articolo **1898 del Codice Civile**.

ART. 5.6 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO (valido per garanzie infortuni)

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

ART. 5.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

A) APPLICABILE ESCLUSIVAMENTE AL CONTRAENTE (se consumatore)

Dopo ogni sinistro e fino al **sessantesimo giorno** dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi **trenta giorni** dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro **trenta giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Qualora il contratto preveda anche garanzie relative alla sezione ramo Malattia, il recesso non può essere esercitato dalle Parti decorsi **quindici mesi** dalla data di stipulazione del contratto ovvero sin dalla data di stipulazione nei casi in cui la sua durata iniziale non sia superiore ad **anni cinque**.

Quando la presente polizza ne sostituisca un'altra della Società che preveda la rinuncia alla facoltà di recesso e nella quale risulti già superato il periodo di osservazione di **quindici mesi**, quest'ultimo, e la relativa facoltà di recesso, sono ripristinati, ma solo per le persone assicurate con nuove garanzie e per gli aumenti di somme per le persone già precedentemente assicurate per le stesse garanzie.

Quando la presente polizza ne sostituisca un'altra della Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione, quest'ultimo è ripristinato:

- integralmente per la nuova polizza per le persone e per gli aumenti sopra specificati;
- per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita per le persone, le garanzie, le somme, precedentemente assicurate con quest'ultima.

B) APPLICABILE ESCLUSIVAMENTE AL CONTRAENTE (diverso da consumatore)

Dopo ogni sinistro e fino al **sessantesimo giorno** dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte.

Il recesso ha effetto trascorsi **trenta giorni** dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro **trenta giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Qualora il contratto preveda anche garanzie relative alla sezione ramo Malattia, il recesso non può essere esercitato decorsi **quindici mesi** dalla data di stipulazione del contratto ovvero sin dalla data di stipulazione nei casi in cui la sua durata iniziale non sia superiore ad **anni cinque**.

Quando la presente polizza ne sostituisca un'altra della Società che preveda la rinuncia alla facoltà di recesso e nella quale risulti già superato il periodo di osservazione di **quindici mesi**, quest'ultimo, e la relativa facoltà di recesso, sono ripristinati, ma solo per le persone assicurate con nuove garanzie e per gli aumenti di somme per le persone già precedentemente assicurate per le stesse garanzie.

Quando la presente polizza ne sostituisca un'altra della Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione, quest'ultimo è ripristinato:

- integralmente per la nuova polizza per le persone e per gli aumenti sopra specificati;
- per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita per le persone, le garanzie, le somme, precedentemente assicurate con quest'ultima.

ART. 5.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo. In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro **sessanta giorni** dalla denuncia con preavviso di **giorni trenta**.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti dei lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. **1910 del Codice Civile**.

ART. 5.9 ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

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

ART. 5.10 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita da una delle Parti almeno **trenta giorni** prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a **un anno**, è prorogato per una durata pari ad **un anno**, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di **un anno**, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 5.11 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

ART. 5.12 ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

ART. 5.13 ONERI FISCALI

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

ART. 5.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ALLEGATO 1 - TABELLA INAIL

Tabella correlata alla Condizione Particolare C (cod. 3)

	Destro	Sinistro		Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio	15%		Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Sordità completa bilaterale	60%		Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita Totale della facoltà visiva di un occhio	35%		Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%		Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi successiva tabella)			Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%		a) in semipronazione	30%	25%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%		b) in pronazione	35%	30%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			c) in supinazione	45%	40%
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%		d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%		Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%		Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%		a) in semipronazione	40%	35%
Per la perdita di un testicolo (non si corrisponde indennità)			b) in pronazione	45%	40%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%		c) in supinazione	55%	50%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%	d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%	Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Perdita del braccio:			Se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%	a) in semipronazione	22%	18%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%	b) in pronazione	25%	22%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%	c) in supinazione	35%	30%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%	Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%	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 del pollice o del primo metacarpo	35%	30%	Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale del pollice	28%	23%	Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita totale dell'indice	15%	13%	Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita totale del medio	12%		Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita totale dell'anulare	8%		Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita totale del mignolo	12%		Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%	Perdita totale del solo alluce	7%	
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%	Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita per ogni dito perduto	3%	
Perdita della falange ungueale del medio	5%		Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%		Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%		Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

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 di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

6. ARTICOLI DI LEGGE - CODICE CIVILE

ART. 60 ALTRI CASI DI DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

Oltre che nel caso indicato nell'Articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi **due anni** dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, **tre anni** dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi **due anni** dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, **tre anni** dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo **due anni** dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo **due anni** dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

ART. 62 CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

ART. 1341 CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

ART. 1469 BIS CLAUSOLE VESSATORIE NEL CONTRATTO TRA PROFESSIONISTA E CONSUMATORE

Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma. *Omissis*

ART. 1891 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

ART. 1892 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro **tre mesi** dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il **primo anno**. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei **tre mesi** dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Articoli **1892 e 1893**.

ART. 1897 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro **due mesi** dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo **un mese**.

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro **un mese** dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo **quindici giorni**, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1900 SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE DELL'ASSICURATO O DEI DIPENDENTI

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal

contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del **quindicesimo giorno** dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di **sei mesi** dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo **1913**, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1912 TERREMOTO, GUERRA, INSURREZIONE, TUMULTI POPOLARI

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro **tre giorni** da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

ART. 1914 OBBLIGO DI SALVATAGGIO

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

ART. 1915 INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

7. CODICE DELLA NAVIGAZIONE

ART. 211 CONSEQUENZE DELLA SCOMPARIZIONE IN MARE

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'Articolo **145** dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti.

Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, **c.c.**, e, decorsi **due anni** dall'avvenimento, viene dichiarata la morte presunta a norma dell'Articolo **60**, n. **3**, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sull'uso dei Suoi dati personali, comuni e sensibili idonei a rilevare

lo stato di salute, per finalità assicurative e sui Suoi diritti

(Art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative ⁽¹⁾

Al fine di fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano – alcuni dei quali ci devono essere forniti per obbligo di legge⁽²⁾ da Lei o da altri soggetti⁽³⁾ – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche i dati sensibili⁽⁴⁾ - ed in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato - strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁽⁵⁾, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati possono o devono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzioni meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"⁽⁶⁾.

I Suoi dati personali ed identificativi confluiranno in una Anagrafica Clienti di Gruppo.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai seguenti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati ⁽⁷⁾ dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero, limitatamente ai dati comuni e qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da incaricati e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento della specifica finalità assicurativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa ⁽⁸⁾; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli Titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società ed i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento ⁽⁹⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può consultare il sito internet www.auroraassicurazioni.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso Aurora Assicurazioni S.p.A. – Via della Unione Europea 3/B – 20097 S. Donato Milanese (MI) – Tel.: 02.51815181 – Fax: 02.51815354 – e-mail: privacy@auroraassicurazioni.it.

Note

1. La "finalità assicurativa" richiede necessariamente tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistico-tarifarie.
2. Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
3. Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario, ecc.); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.) forniscono informazioni commerciali, organismi

- associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici, per i quali si rinvia alla nota n. 6.
4. Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali non solo i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, ma anche quelli idonei a rivelare le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, attinenti le opinioni politiche, sindacali o religiose.
 5. Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
 6. Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
 - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti e medici (indicati nell'invito);
 - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicata sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicate negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; investigatori ed accertatori autorizzati; società di recupero crediti;
 - società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici – Via della Frezza n. 70 – ROMA) per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa ed alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati – quali:
 - Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati – CIRT (Via dei Giochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati, nonché per la riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore dell'assicurazioni vita rispetto alle frodi; POOL Italiano per la Previdenza Assicurativa Handicappati (Via dei Giochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati; CONSAP – Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 – Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 – Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
 - nonché altri soggetti, quali: UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 – Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 – Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma), INPDAl (Viale delle Province, 196 – Roma), INPGI (Via Nizza, 35 – Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605 e dell'art. 32 del D.P.R. del 29 settembre 1973, n. 600; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al "Responsabile per il riscontro agli interessati" indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.auroraassicurazioni.it.
7. Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
 8. Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella cosiddetta "catena assicurativa" con funzione organizzativa.
 9. Tali diritti sono previsti o disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

