Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. **Prodotto: "Infortuni da circolazione"**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre prestazioni contro il rischio infortuni subiti a causa dell'uso di autovetture ad uso privato e/o uso promiscuo, camper, autocarri, motocarri, motocicli e ciclomotori.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio: riconosce la somma assicurata in caso di morte a seguito di infortunio;
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata in base al grado percentuale di invalidità accertato.

Il prodotto offre ulteriori garanzie indicate nel DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?/Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo".

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda di Polizza.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- ✗ alcolismo e tossicodipendenza
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- ✗ epilessia
- ✗ psicosi e disturbi gravi della personalità.

Non sono assicurabili veicoli diversi da:

- ✗ autovetture ad uso privato e/o uso promiscuo
- ✗ camper
- ✗ autocarri
- ✗ motocarri
- ✗ motocicli e ciclomotori

Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale nel territorio degli stati europei.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro? del DIP aggiuntivo Danni.

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della polizza.
Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3%, 4%, 5% e 5,6%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.
Puoi pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Allianz S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi verranno comunicati ad Allianz S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.
Il premio è comprensivo delle imposte.

E' ammessa l'eventuale detraibilità fiscale del premio, ai sensi della normativa vigente, con le modalità e per le **seguenti prestazioni**:

- **Garanzia Morte da infortunio,** si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **Garanzia Invalidità permanente da infortunio**

a) con franchigia inferiore al 5%, si detrae il 94% del premio Totale annuo;
b) senza franchigia, si detrae il 40% del premio Totale annuo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della Polizza e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.
In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:
Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale
Nel contratto di durata annuale o poliennale puoi disdettare alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.
Diritto di recesso per poliennalità
Nel caso in cui il contratto di durata poliennale abbia beneficiato della riduzione del premio di tariffa, e sia prevista una durata contrattuale inferiore o uguale a 5 anni, non puoi recedere prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza; qualora, invece, sia prevista una durata contrattuale superiore ai 5 anni, puoi recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.
Nel caso in cui il contratto di durata poliennale non abbia beneficiato della riduzione del premio di tariffa, puoi recedere alla scadenza di ogni singola annualità inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.
Diritto di recesso in caso di sinistro: se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, hai diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.
Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Infortuni da circolazione"

25/09/2021 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **1.952** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.105** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.709** milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.219** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.540** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.540** milioni di euro;

ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **205%.**

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Garanzie Infortuni	L'Assicurazione vale per gli infortuni che il conducente-subisca durante la circolazione del veicolo dal momento in cui vi sale al momento in cui ne discende, nonché mentre attende, in caso di fermata accidentale, dovuta a incidente e/o avaria del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia. La copertura è operante anche per gli infortuni subiti: 1. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; 2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; 3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario**; 4. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario.** La garanzia è estesa a seguito dell'uso del veicolo anche ai seguenti casi:

	5. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; 6. asfissia non di origine morbosa; 7. annegamento a seguito di un incidente occorso con il veicolo; 8. folgorazione, colpo di sole o di calore; 9. assideramento o congelamento; 10. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato; 11. infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe e/o slavine.
Garanzia Morte da infortunio	Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte. **Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.** **L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente**. In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta. Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.
Garanzia Invalidità permanente da infortunio	L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio **purché si manifesti** - anche successivamente alla scadenza della Polizza - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio** indennizzabile a termini di Polizza. L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Riduzione del premio per contratto poliennale	In caso di durata poliennale, il contratto ti offre la possibilità di usufruire di una riduzione del premio di tariffa indicata nella Scheda di Polizza, a fronte della quale non ti è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza contrattuale, salvo che il contratto abbia durata superiore a 5 anni (in tal caso puoi recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità).
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO Le garanzie aggiuntive non operano quando l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori	
Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera per ricovero, convalescenza e ingessatura	In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza. **Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico** agli effetti della liquidazione. Qualora il Ricovero sia **superiore a tre giorni completi**, l'Impresa corrisponde a titolo di convalescenza post Ricovero l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per lo stesso numero di giorni della degenza ospedaliera. Qualora l'Infortunio renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, anche senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità pattuita a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve

	essere certificata da un medico. **Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera.** **L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.** **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata**.
Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera per ricovero con franchigia	In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **previa applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria.** **Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico** agli effetti della liquidazione. **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata**.
Garanzia aggiuntiva Rimborso spese mediche	L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per: ▪ accertamenti diagnostici ▪ prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere**) ▪ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione ▪ in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**). **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.**

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
CONDIZIONI DI OPERATIVITA'	
Caratteristiche e uso del veicolo assicurato	L'Assicurazione è valida in quanto: ▪ si tratti di autovettura ad uso privato o ad uso promiscuo, di camper ad uso privato, di autocarro, di motocarro, motociclo o ciclomotore; ▪ l'autovettura, il camper, l'autocarro, il motocarro, il motociclo o il ciclomotore sia guidato da persona abilitata a norma delle disposizioni in vigore; ▪ non si trovi sul veicolo un numero di persone superiore a quello dei posti ammessi dalla carta di circolazione o, comunque, da disposizioni di legge vigenti.

Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI	
Esclusioni	**L'Assicurazione non vale** per gli infortuni causati da: 1. guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione. È sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;

	2. terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche; 3. reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate; 4. uso del veicolo sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; 5. ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; 6. partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati. **Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi** dall'Assicurazione i seguenti casi: 7. ernie di qualsiasi tipo; 8. rottura sottocutanea dei tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e sottocutaneo); 9. infarto da qualsiasi causa determinato.

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia
▪ alla guida di autovetture, camper, autocarri o motocarri	Franchigia
▪ alla guida di motocicli o ciclomotori	Franchigia
Indennità giornaliera	
▪ per ricovero	Limite di indennizzo
▪ per convalescenza	Limite di indennizzo
▪ per ingessatura	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ricovero	Limite di indennizzo Franchigia

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia

Franchigia presente in polizza 3% assorbibile

- Capitale assicurato = 100.000 euro
- Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 7%
- Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)
- Invalidità Permanente da Infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro = 4.000 euro.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.** **L'Assicurato deve** altresì: ▪ fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato; ▪ inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa; ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione. Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** – se diverso dall'Assicurato –, **i suoi eredi legittimi o i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza devono dare immediato avviso all'Impresa** e fornire il certificato di

	morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.
	Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in **2 anni.**
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alla tipologia di veicolo assicurato), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della modifica del veicolo assicurato, con un veicolo di una tipologia che comporti maggior rischio - da Autoveicolo a Motociclo) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione
	Alienazione o demolizione In caso di contratto stipulato su veicolo identificato, l'alienazione o la demolizione dello stesso comporta la cessazione delle garanzie e deve essere prontamente segnalata all'Impresa.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando e come devo pagare?

Premio	Alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT.
Rimborso	**Recesso in caso di sinistro** Nei casi in cui sia consentito il recesso per sinistro, l'Impresa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio relativa al periodo assicurativo non trascorso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole proteggere sé stesso e/o i suoi familiari contro il rischio di infortuni subiti durante la guida di un veicolo come l'auto, la moto o un ciclomotore.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

	Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell' Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell' Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Infortuni da circolazione

Assicurazione infortuni

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 305 - 01/01/2019

v. 22/076 - C01R098W026000003T120422084552

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Servizio Clienti

Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Ass.n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione: il contratto di Assicurazione.
Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.
Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).
Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Impresa: Allianz S.p.A.
Indennizzo / **Indennità**: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.
Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.
Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.
Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Ass.n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 3

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI 5

- GARANZIE BASE 6
- GARANZIE AGGIUNTIVE 7

3. OPERATIVITA' 8

4. IN CASO DI SINISTRO 8

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA 10

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE 11

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.1a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.1b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (**Sepa Direct Debit**) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.

Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente **è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa**, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.

Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.

In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.

L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.

In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva. In questa ipotesi il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

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

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se NON è stata applicata una riduzione al Premio di tariffa)

Art. 1.2c - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Condizioni di assicurazione

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al Premio di tariffa)

Art. 1.2d - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.
Il presente contratto beneficia della riduzione di Premio per poliennalità di cui all'articolo "Riduzione di premio per durata poliennale". **Pertanto, qualora l'Assicurazione abbia durata inferiore o uguale ai cinque anni, all'Assicurato non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza.**
Qualora, invece, l'Assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, il solo Assicurato può recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.5a - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.
La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.
In tutti i casi verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.
Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad valersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.5b - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.
La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.
Il recesso avrà effetto alla scadenza della prima rata di Premio successiva al termine dei 30 giorni di preavviso di cui alla suddetta comunicazione di recesso.
L'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito di tale rata - e di quelle successive - sul rapporto di conto corrente, mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.
Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 1.6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.7 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al Premio di tariffa)
Art. 1.10 –Riduzione di premio per durata poliennale
Il presente contratto ha durata poliennale ed il relativo Premio, annualmente dovuto dall'Assicurato, è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata in Scheda di Polizza, rispetto al Premio dovuto per questo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale.

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione
L'Assicurazione vale, in base alla tipologia di copertura indicata nella Scheda di Polizza, per gli infortuni che il conducente subisca durante la circolazione del veicolo dal momento in cui vi sale al momento in cui ne discende, nonché mentre attende, in caso di fermata accidentale, dovuta a incidente e/o avaria del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.
L'Assicurazione è valida in quanto:
- si tratti di autovettura ad uso privato o ad uso promiscuo, di camper ad uso privato, di autocarro, di motocarro, motociclo o ciclomotore;
- l'autovettura, il camper, l'autocarro, il motocarro, il motociclo o il ciclomotore sia guidato da persona abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- non si trovi sul veicolo un numero di persone superiore a quello dei posti ammessi dalla carta di circolazione o, comunque, da disposizioni di legge vigenti.

La copertura è operante anche per gli infortuni subiti:
1. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario**;
4. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario**. E' fatto **salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni" - punto 1**.

La garanzia è estesa a seguito dell'uso del veicolo anche ai seguenti casi:
5. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
6. asfissia non di origine morbosa;
7. annegamento a seguito di un incidente occorso con il veicolo;
8. folgorazione, colpo di sole o di calore;
9. assideramento o congelamento;
10. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, **salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni" - punto 8**;
11. infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe e/o slavine.

Art. 2.2 - Esclusioni
L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:
1. guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" punto 4. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
2. terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
3. reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
4. uso del veicolo sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
5. ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
6. partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati.

Condizioni di assicurazione

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:
7. ernie di qualsiasi tipo;
8. rottura sottocutanea dei tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
9. infarto da qualsiasi causa determinato.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da:
- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIE BASE

Art. 2.4 - Morte da infortunio

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte come indicato nella Scheda di Polizza.
Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.
L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.
In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.
Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.
A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.5 - Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio **purché si manifesti** - anche successivamente alla scadenza della Polizza - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio** indennizzabile a termini di Polizza.
L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio".

Art. 2.6 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente" e secondo i seguenti criteri:
a) **si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute**;
b) **in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente**;
c) **in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi**;
d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore Sinistro e viceversa;
e) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso **di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa**;
f) **in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso**;
g) **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%**;

Condizioni di assicurazione

h) i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia;
i) **nei casi di Invalidità permanente non specificati** nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente", **l'Indennizzo è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall'Assicurato.

Art. 2.7 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia del 3% assorbibile

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% e inferiore all'11% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	4	5	6	7	8	9	10
% I.P. da liquidare	1	2	3	4	6	8	10

Per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra l'11% e il 40% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base al grado percentuale accertato.
Per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 40% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59 ≧	60
% I.P. da liquidare	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100

Senza franchigia

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa corrisponde l'Indennità calcolandola sulla somma assicurata in base al grado percentuale di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.

Franchigia assoluta del 3%

(operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.8 - Indennità giornaliera

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)

L'Impresa corrisponde l'Indennità giornaliera in base ai criteri indicati in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Per ricovero, convalescenza e ingessatura

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.
Qualora il Ricovero sia **superiore a tre giorni completi**, l'Impresa corrisponde a titolo di convalescenza post Ricovero l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per lo stesso numero di giorni della degenza ospedaliera **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Qualora l'Infortunio renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, anche senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità pattuita a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera.

Condizioni di assicurazione

L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per ricovero con franchigia di 3 giorni
In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **previa applicazione di una Franchigia di 3 giorni da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria, con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.9 - Rimborso spese mediche

(non operante qualora l'Assicurato si trovi alla guida di motocicli o ciclomotori)
L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per:

- accertamenti diagnostici
- prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere**)
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione
- in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.
Il rimborso è riconosciuto **fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella Scheda di Polizza**.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per il territorio degli stati europei.

Art. 3.2 - Alienazione o demolizione del veicolo identificato nel contratto

In caso di contratto stipulato su veicolo identificato, l'alienazione o la demolizione dello stesso comporta la cessazione delle garanzie e deve essere prontamente segnalata all'Impresa. Il Contraente potrà comunque rendere valido lo stesso contratto per i rischi connessi alla circolazione di un altro veicolo, se dello stesso tipo di quello descritto in Polizza, sottoscrivendo un'apposita appendice predisposta dall'Impresa.
Qualora il nuovo veicolo venga assicurato per la RCA con l'Impresa, le garanzie continuano ad operare regolarmente, anche senza la sottoscrizione della stessa appendice.

Art. 3.3 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 3.4 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente Assicurazione è stipulata in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Condizioni di assicurazione

L'Assicurato deve altresì:
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.
Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato -, **i suoi eredi legittimi o i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza devono dare immediato avviso all'Impresa** e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 4.2 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.
In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.
Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.
Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario 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.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 4.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.
In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente:
a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della presente Sezione, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
c) quanto disciplinato ai punti a) e b) del presente articolo non trova applicazione nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato e sia operativa per l'Assicurato la garanzia Morte. In tal caso l'Impresa liquida ai Beneficiari designati unicamente la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda di Polizza.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.
Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Condizioni di assicurazione

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

I – Indicizzazione

Premesso che con l'espressione:

- "indice" si intende l'indice mensile nazionale dei "prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT;
- "indice di riferimento annuale" si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade l'annualità di Premio;

alla scadenza di ogni annualità di Premio, il Premio stesso, le somme assicurate ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) previsti nella Scheda di Polizza vengono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti indicati nella Scheda di Polizza.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella A

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	**destro**	**sinistro**
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
- al disopra della metà della coscia	70%	
- al disotto della metà della coscia ma al disopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	