

Tiroler

Persona

Sicura 1821

Assicurazione infortuni



**Restiamo
uniti.**

Mutuamente assicurati. Dal 1821.

Condizioni contrattuali per l'assicurazione

„PersonaSicura 1821“

UE15

versione 01/2019

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante del Set Informativo, unitamente ai documenti informativi precontrattuali (DIP danni e DIP Aggiuntivo Danni)

GLOSSARIO

Avente diritto (beneficiario, destinatario):	è il soggetto designato a ricevere la prestazione.
Invalidità permanente:	si ha quando l'infortunio ha compromesso definitivamente capacità fisiche o intellettuali della persona assicurata.
Degenza ospedaliera:	degenza nell'ospedale con almeno un pernottamento.
Malattia:	turbamento dello stato di salute che non è conseguenza di un incidente, ma ha un'altra causa.
Obblighi:	Prescrizioni e doveri che devono essere adempiute prima e dopo il sinistro.
Polizza:	è il documento che prova la stipulazione dell'assicurazione.
Premio:	è la somma che deve corrispondere il contraente.
Sinistro:	si ha quando si verifica un evento dannoso che è descritto in polizza.
Franchigia:	è la parte del danno che in caso di sinistro l'assicurato deve far fronte autonomamente.
Infortunio:	è un evento indipendente dalla volontà della persona assicurata, che produce improvvisamente dall'esterno un effetto di natura meccanica o chimica sul corpo della stessa, comportando un danno fisico o la morte.
Persona assicurata:	è il soggetto il cui danno alla salute a seguito di infortunio è assicurato.
Contraente:	è la persona che stipula il contratto di assicurazione con la società.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Parte I:

Accordo particolare per il contratto di assicurazione “Assicurazione infortuni TIROLER”, Progressione con fattore 7, franchigia 5%”

1. Disposizioni generali:

I) Disposizioni particolari

Ai sensi dell'art. 7 delle Condizioni generali di assicurazione contro gli infortuni (AUVB), rientrano tra gli infortuni anche gli eventi di seguito elencati:

- avvelenamenti da medicinali o alimentari;
- **inalazione di gas o vapori, assunzione di sostanze tossiche o caustiche, salvo il caso in cui tali effetti siano graduali;**
- assideramento e congelamento;
- annegamento;
- incidenti subacquei;
- morsi di animali;
- ustioni, effetti di fulmini o corrente elettrica;
- **infezione da HIV conseguente a un trattamento dopo un infortunio assicurato;**
- infortuni conseguenti a infarto cardiaco o ictus (v. art. 20, punto 3 delle AUVB);
- **Infortuni dovuti all'effetto di raggi ionizzanti ai sensi della vigente legge in materia di protezione dalle radiazioni e successive modifiche e integrazioni; con ciò s'intende modificato l'art. 19, punto 7 delle AUVB.**
- **infortuni a seguito di alterazioni dello stato di coscienza, definiti dal punto di vista medico e accertati con criteri diagnostici; con ciò s'intende modificato l'art. 19, punto 8. Infortuni a seguito di alterazioni dello stato di coscienza da ricondursi a un pregiudizio dovuto ad alcol, sostanze stupefacenti e/o medicinali, tuttavia, non sono coperti dall'assicurazione.**
- invalidità permanente conseguente a poliomielite, meningoencefalite primaverile-estiva dovuta a morso di zecca, di tetano e di rabbia.

La copertura assicurativa è operante per le conseguenze della poliomielite e della meningoencefalite primaverile-estiva trasmessa dal morso di zecca, **se la malattia viene accertata con esame sierologico e si manifesta almeno 15 giorni dopo la decorrenza dell'assicurazione, tuttavia entro 15 giorni dal termine della stessa.**

La malattia si intende iniziata (**momento del verificarsi del sinistro**) il giorno in cui per la prima volta è stato consultato un medico per l'affezione diagnosticata come poliomieliteo meningoencefalite primaverile-estiva.

Riconosciamo una nostra prestazione solo in caso di morte o di invalidità permanente. Nell'ambito del massimale convenuto, detta prestazione è limitata a EUR 15.000,-.

- infortuni occorsi nel tentativo di salvare vite umane o cose, ovvero in seguito ad esso.

II) Prestazioni accessorie

1. Rischio passivo di guerra

1.1 La copertura assicurativa è operante per infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di eventi bellici, se questi non ha partecipato attivamente alla guerra o alla guerra civile (rischio passivo di guerra).

Si considera soggetto che partecipa attivamente anche colui che consegna o preleva impianti, installazioni, strumenti, veicoli, armi o altro materiale da guerra da parte di una fazione belligerante, ovvero tratta altrimenti con ciò.

Parimenti assicurati sono gli infortuni dovuti ad attacchi terroristici in nesso causale con una guerra o una guerra civile, che vengono sferrati al di fuori dei territori delle fazioni belligeranti.

1.2 **La copertura assicurativa, tuttavia, è operante per un massimo di sette giorni a decorrere dalla mezzanotte del giorno in cui scoppiano le ostilità.**

1.3 Sono esclusi dalla copertura assicurativa:

- **gli infortuni, se dopo lo scoppio della guerra o della guerra civile l'Assicurato si reca nel territorio da queste interessato;**
- **gli infortuni, se per l'esercizio della sua professione (p. es. giornalista, cameraman) l'Assicurato si reca nell'area di crisi in attesa di un'eventuale guerra o guerra civile;**
- **gli infortuni dovuti ad armi atomiche, batteriologiche o chimiche;**
- **gli infortuni in relazione a una guerra o situazioni analoghe tra potenze mondiali (Cina, Francia, Gran Bretagna, Giappone, Russia, USA);**
- **gli infortuni in relazione a una guerra o una guerra civile, se lo stato in cui l'Assicurato ha il suo domicilio o la sua residenza abituale è coinvolto come parte belligerante, ovvero se gli eventi bellici hanno luogo sul territorio di tale stato.**

2. Garanzia temporanea in caso di matrimonio (valida per l'assicurazione contro gli infortuni “Persona singola” e per l'assicurazione contro gli infortuni “Monogenitore”)

Alla stipula di un' assicurazione contro gli infortuni “Persona singola” o un'assicurazione contro gli infortuni “Monogenitore” s'intende convenuto quanto segue:

Qualora la persona assicurata contragga matrimonio, garantiamo una copertura assicurativa a titolo gratuito per tre mesi a decorrere dal matrimonio civile per il futuro coniuge. **Sono assicurati l'invalidità permanente e il caso di morte per il medesimo importo del contratto assicurativo di riferimento della persona assicurata, tuttavia fino alla concorrenza di EUR 50.000,- per l'invalidità permanente e EUR 10.000,- per il caso di morte.**

3. **Franchigia 5%**

Il grado d'invalidità, riferito all' intero corpo, accertato ai sensi dell'art. 8 delle AUVB viene decurtato della franchigia concordata del 5%. Qualora il grado d'invalidità, riferito all' intero corpo, sia superiore al 50%, la franchigia non viene applicata.

Pertanto, la prestazione per invalidità permanente si riduce come segue:

Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %
1	0	14	9	27	22	40	35
2	0	15	10	28	23	41	36
3	0	16	11	29	24	42	37
4	0	17	12	30	25	43	38
5	0	18	13	31	26	44	39
6	1	19	14	32	27	45	40
7	2	20	15	33	28	46	41
8	3	21	16	34	29	47	42
9	4	22	17	35	30	48	43
10	5	23	18	36	31	49	44
11	6	24	19	37	32	50	45
12	6	25	20	38	33	oltre 50	vedi p. 4
13	8	26	21	39	34		

4. **Prestazione d'invalidità progressiva con fattore 7**

Qualora il grado d'invalidità accertato ai sensi dell'art. 8 delle AUVB sia superiore al 50%, la prestazione a fronte della parte eccedente la predetta percentuale viene settuplicata.

Pertanto, la prestazione per invalidità permanente è incrementata come segue:

Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %	Grado inv. in %	Prestazione in %
51	57	64	148	77	239	90	330
52	64	65	155	78	246	91	337
53	71	66	162	79	253	92	344
54	78	67	169	80	260	93	351
55	85	68	176	81	267	94	358
56	92	69	183	82	274	95	365
57	99	70	190	83	281	96	372
58	106	71	197	84	288	97	379
59	113	72	204	85	295	98	386
60	120	73	211	86	302	99	393
61	127	74	218	87	309	100	400
62	134	75	225	88	316		
63	141	76	232	89	323		

5. **Sussidio immediato in caso di lesioni gravi**

Dopo un infortunio, secondo le seguenti disposizioni, riconosciamo un sussidio immediato fino a un importo massimo pari al 2% della somma assicurata convenuta per l'invalidità permanente, pagando un anticipo sulla prestazione assicurativa relativa all'invalidità permanente per l'infortunio in questione, se la persona assicurata riporta una delle lesioni gravi di seguito indicate a causa dell'infortunio medesimo, ma non muore nei tre giorni successivi allo stesso:

5.1 paralisi conseguente al danneggiamento del midollo spinale;

5.2 **amputazione di almeno un piede o una mano;**

5.3 traumi cranio-encefalici a seguito di contusione cerebrale o emorragia cerebrale comprovate con certezza;

5.4 lesione multipla o politrauma gravi: o fratture di due ossa tubolari lunghe in due distinte sezioni di arti (braccio e avambraccio, coscia e gamba), ovvero danni a carico dei tessuti di due organi interni;

oppure una combinazione di almeno due delle seguenti lesioni:

- frattura di un osso tubolare lungo di arti superiori o inferiori;
- frattura del bacino;
- frattura della colonna vertebrale;
- danni a carico dei tessuti di un organo interno;

5.5 **ustioni di secondo o terzo grado che interessano una superficie corporea superiore al 30%;**

5.6 perdita bilaterale della vista.

Rinunciamo al rimborso del sussidio pagato in eccesso qualora, dopo l'accertamento del grado di invalidità ai sensi dell'art. 8 delle AUVB, noi non dovessimo erogare alcuna prestazione, ovvero dovessimo riconoscere una prestazione di entità minore di quella erogata con il sussidio immediato.

6. Interventi estetici conseguenti all'infortunio

Oltre alla prestazione di invalidità, vengono risarcite le spese sostenute per gli interventi di chirurgia estetica resisi necessari per il fatto che, a seguito di un infortunio, la superficie del viso e del collo, degli orecchi e degli arti della persona assicurata viene sfigurata in modo tale da comprometterne in modo durevole, al termine delle cure mediche, l'aspetto esteriore. Qualora la persona assicurata si sottoponga ad un intervento di chirurgia estetica per eliminare dette conseguenze, l'Assicuratore si fa carico delle relative spese sostenute per parcelle mediche, medicinali e rimedi prescritti dal medico, nonché delle spese per il ricovero e la degenza in ospedale. **Il risarcimento è limitato al 10% della somma assicurata convenuta per l'invalidità permanente.**

7. Spese funerarie

In caso di morte vengono inoltre risarcite anche le spese connesse all'arrivo dall'estero dei parenti prossimi per il funerale della persona assicurata. **Il risarcimento è limitato al 10% della somma assicurata convenuta per il caso di morte. Per *parenti prossimi* s'intendono i genitori, i nonni, i figli e i fratelli della persona assicurata.**

8. Diaria

La diaria riportata in polizza sarà corrisposta **a decorrere dal 4° giorno dopo l'infortunio.**

Incremento della prestazione a partire dall'inizio della settima settimana di incapacità totale al lavoro:

A decorrere dal 43° giorno consecutivo di incapacità totale al lavoro da parte della persona assicurata a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la diaria viene incrementata del 100%. Pertanto s'intende modificato l'art. 11 delle AUVB.

Nota: se al momento dell'infortunio la persona assicurata non esercita un'occupazione soggetta a previdenza sociale obbligatoria, la diaria ai sensi dell'art. 11, secondo paragrafo delle AUVB viene riconosciuta per un massimo di dieci giorni per ogni periodo di assicurazione.

9. Diaria da ricovero

Incremento della prestazione a partire dall'inizio della settima settimana di degenza ospedaliera:

A decorrere dal 43° giorno consecutivo di degenza ospedaliera della persona assicurata per ricevere le necessarie cure mediche a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la diaria da ricovero viene incrementata del 100%. Con ciò s'intende modificato l'art. 12 delle AUVB.

10. Diaria da ricovero con estensione della copertura assicurativa (assistenza in caso di degenza ospedaliera)

In caso di degenza ospedaliera di minorenni assicurati, s'intendono parimenti assicurate le spese comprovate sostenute durante la permanenza in ospedale dal genitore che presta assistenza. **In questo caso la prestazione indennitaria non può eccedere il triplo della somma assicurata convenuta quale diaria da ricovero.**

11. Spese ambulatoriali

Qualora siano necessarie cure ambulatoriali in seguito a un evento assicurato, si riconosce in via supplementare una prestazione pari alla diaria da ricovero convenuta per un massimo di cinque giorni di trattamento.

12. Operazioni ambulatoriali

In deroga all'art. 12 delle AUVB, viene riconosciuta una diaria da ricovero indennizzabile a termini di polizza anche per un'operazione ambulatoriale a seguito d'infortunio, se essa viene effettuata di norma in ospedale. In detti casi la diaria da ricovero pattuita viene pagata per tre giorni.

13. Rimborso spese di cura

Ad integrazione dell'art. 13 delle AUVB, s'intende convenuto che, nell'ambito della somma assicurata per il rimborso di spese di cura rese necessarie da infortunio, sono parimenti assicurate in tutto il mondo le spese per salvataggi in elicottero, se il risarcimento non deve essere riconosciuto da un ente di previdenza o se non è stato pagato da un altro prestatore. Tale estensione dell'assicurazione vale per le altre assicurazioni in essere in proporzione alle somme assicurate all'atto dell'infortunio.

14. Indennizzo delle spese di profilassi per morso di zecca

Ad estensione dell'art. 13 delle AUVB, terzo paragrafo, vengono indennizzate le spese di profilassi per la meningoencefalite primaverile-estiva trasmessa dal morso di zecca, se tale risarcimento non deve essere riconosciuto da un ente di previdenza.

15. Rimborso spese di cura, parcelle di medici privati

Nell'ambito della somma assicurata convenuta per il rimborso di spese di cura rese necessarie da infortunio, s'intendono parimenti assicurate le parcelle di medici privati a fronte di trattamenti della persona assicurata conseguenti all'incidente. **In questo caso la prestazione indennitaria è limitata al 50% della somma assicurata pattuita per il rimborso spese di cura, per periodo di assicurazione e per persona assicurata. S'intende convenuta una franchigia pari a EUR 100,- per ogni sinistro.**

Detta assicurazione è operante in via sussidiaria rispetto ad altre eventuali coperture assicurative in essere.

16. Colpa grave
L'assicurazione è operante anche per infortuni cagionati con colpa grave dal Contraente.
- III. Accordi supplementari
Le seguenti pattuizioni trovano applicazione solo se **documentate in polizza**:
1. Clausola di esclusione per una lesione specifica
Si dà per convenuto che l'invalidità preesistente e tutte le lesioni che abbiano con detta invalidità un nesso causale documentabile dal punto di vista medico **non legittimano una prestazione ai sensi dell'assicurazione contro gli infortuni e non vengono considerati nella definizione del grado di invalidità per altre cause.**
2. Adeguamento in funzione degli indici nazionali dei prezzi al consumo dell'ISTAT per le famiglie di operai e impiegati (FOI)
- 2.1 **Alla scadenza annuale del premio le somme assicurate indicate in polizza subiscono una riduzione** o un aumento pari alla percentuale di variazione dell'indice convenuto dalla data d'inizio del contratto o dall'ultimo adeguamento. In via proporzionale viene ridotto o **aumentato il premio.**
- 2.2 L'adeguamento fa riferimento agli indici pubblicati dall'ISTAT, Istituto nazionale di statistica, via Cesare Balbo 16, 00184 - Roma, "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" (base 1995 = 100%). Per calcolare la percentuale di variazione fa fede il valore dell'indice in atto quattro mesi prima della scadenza principale del premio. L'indice è pubblicato sulla home page del sito www.istat.it.
- 2.3 **Ciascun contraente ha facoltà di recedere** dalla clausola di adeguamento degli importi monetari, indipendentemente dalla permanenza in essere delle altre condizioni contrattuali, **esercitando tale diritto per iscritto con un preavviso di 30 giorni dalla scadenza principale del premio.**
3. **Assicurazione contro gli infortuni "Partner" subiti nello svolgimento di attività professionali e non per il Contraente e il partner**
Le coperture accessorie di seguito indicate s'intendono parimenti assicurate ad integrazione delle disposizioni di cui al capoverso II, laddove **l'opzione di copertura in parola sia stata richiesta e documentata in polizza.**
La copertura assicurativa è operante in ossequio alle Condizioni generali di assicurazione contro gli infortuni (AUVB) per il Contraente e il suo coniuge al momento dell'infortunio ovvero, nel caso di coppie di fatto, per il Contraente e il suo partner specificamente indicato in polizza. Con questa assicurazione il coniuge o il partner sono parimenti coperti con il 100% delle somme assicurate convenute per il Contraente nei casi di invalidità permanente, morte, diaria, diaria da ricovero e spese sanitarie a seguito di infortunio.
Qualora la polizza **non preveda pattuizioni in deroga**, la somma assicurata convenuta per la rendita vitalizia (art. 14 AUVB) vale **esclusivamente per il Contraente** (Assicurato principale).
Qualora **non sia pattuito altrimenti**, in caso di morte
 - del Contraente: il beneficiario è il coniuge (al momento dell'infortunio) ovvero il partner
 - del coniuge ovvero del partner: il beneficiario è il Contraente
 - nell'ipotesi di decesso contestuale di entrambe le persone assicurate: i beneficiari sono gli eredi legittimi
4. **Assicurazione contro gli infortuni "Famiglia" subiti nello svolgimento di attività professionali e non per il Contraente, il partner e i figli**
Le coperture accessorie di seguito indicate s'intendono parimenti assicurate ad integrazione delle disposizioni di cui al capoverso II, laddove **l'opzione di copertura in parola sia stata richiesta e documentata in polizza.**
La copertura assicurativa è operante in ossequio alle Condizioni generali di assicurazione contro gli infortuni (AUVB) per il Contraente, il suo coniuge al momento dell'infortunio ovvero, nel caso di coppie di fatto, il suo partner specificamente indicato in polizza e per i figli. Con questa assicurazione il coniuge o il partner e i figli sono parimenti coperti con il 100% delle somme assicurate convenute per il Contraente nei casi di invalidità permanente, morte, diaria, diaria da ricovero e spese sanitarie a seguito di infortunio.
Qualora la polizza **non preveda pattuizioni in deroga**, la somma assicurata convenuta per la rendita vitalizia (art. 14 AUVB) vale **esclusivamente per il Contraente** (Assicurato principale).
Ai sensi dell'anzidetta assicurazione contro gli infortuni "Famiglia", per *figli* s'intendono i figli legittimi o naturali, anche nati da precedenti relazioni, e figli adottivi che vivono nel nucleo familiare del Contraente **fino al diciottesimo anno compiuto**. I figli legittimi o naturali del Contraente nati nel periodo di operatività della copertura assicurativa sono assicurati dal momento in cui viene tagliato il cordone ombelicale. **Per i figli assicurati, tuttavia, vengono rimborsate solo le spese funerarie convenientemente sostenute nei limiti della somma assicurata per il caso di morte.**
Qualora **non sia pattuito altrimenti**, in caso di morte
 - del Contraente: il beneficiario è il coniuge (al momento dell'infortunio) ovvero il partner
 - del coniuge ovvero del partner: il beneficiario è il Contraente
nell'ipotesi di decesso contestuale del Contraente e del coniuge ovvero del partner: i beneficiari sono gli eredi legittimi
 - di un figlio: il beneficiario è il Contraente ovvero, con l'approvazione dello stesso, colui che presenta la fattura relativa alle spese funerarie
5. **Assicurazione contro gli infortuni "Monogenitore" subiti nello svolgimento di attività professionali e non per il Contraente e i figli**
Le coperture accessorie di seguito indicate s'intendono parimenti assicurate ad integrazione delle disposizioni di cui al capoverso II, laddove **l'opzione di copertura in parola sia stata richiesta e documentata in polizza.**
La copertura assicurativa è operante in ossequio alle Condizioni generali di assicurazione contro gli infortuni (AUVB) per il Contraente e per i figli. Con questa assicurazione i figli sono parimenti coperti con il 100% delle somme assicurate convenute per il Contraente nei casi di invalidità permanente, morte, diaria, diaria da ricovero e spese sanitarie a seguito di infortunio.

Qualora la polizza **non preveda pattuizioni in deroga**, la somma assicurata convenuta per la rendita vitalizia (art. 14 AUVB) vale **esclusivamente per il Contraente** (Assicurato principale).

Ai sensi dell'anzidetta assicurazione contro gli infortuni "Monogenitore", per *figli* s'intendono i figli legittimi o naturali, anche nati da precedenti relazioni, e figli adottivi che vivono nel nucleo familiare del Contraente **fino al diciottesimo anno compiuto**. I figli legittimi o naturali del Contraente nati nel periodo di operatività della copertura assicurativa sono assicurati dal momento in cui viene tagliato il cordone ombelicale. **Per i figli assicurati, tuttavia, vengono rimborsate solo le spese funerarie convenientemente sostenute nei limiti della somma assicurata per il caso di morte.**

Qualora **non sia pattuito altrimenti**, in caso di morte

- del Contraente: i beneficiari sono gli eredi legittimi
- di un figlio: il beneficiario è il Contraente ovvero, con l'approvazione dello stesso, colui che presenta la fattura relativa alle spese funerarie

Parte II:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI (AUVB)

SEZIONE A: COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 1

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore presta garanzia qualora la persona assicurata subisca un infortunio.

Le prestazioni che possono essere assicurate si evincono dalla Sezione B. Nella polizza sono chiaramente indicate le prestazioni e le somme assicurate specificamente concordate.

Art. 2

Sinistro

Si definisce *sinistro* il verificarsi di un infortunio (art. 7, "Definizione di infortunio").

Art. 3

Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 4

Validità temporale

Sono assicurati gli infortuni occorsi nel periodo di operatività della copertura assicurativa.

Art. 5

Decorrenza dell'assicurazione e copertura provvisoria

1. Decorrenza della copertura assicurativa

L'assicurazione è operante dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza, a condizione che sia stato già pagato il premio o la prima rata di premio, in caso contrario, l'assicurazione diventa operante dalle ore 00:00 del giorno in cui è pagato il premio.

2. Copertura provvisoria

Qualora la copertura assicurativa debba decorrere già prima del pagamento della polizza (copertura provvisoria), è necessario il previo assenso esplicito dell'Assicuratore.

Laddove sia convenuta una copertura provvisoria, questa cessa con la consegna della polizza.

In questo caso all'Assicuratore spetta il premio dovuto in proporzione per il periodo di vigenza della copertura.

Art. 6

Infortuni occorsi durante il servizio militare

1. L'assicurazione è operante anche per il servizio militare prestato in tempo di pace, per il servizio civile e per la chiamata alle esercitazioni consuete.
2. Rientra nel servizio militare anche il servizio volontario prestato in corpi militari o paramilitari per l'adempimento dell'obbligo di leva.
3. **L'assicurazione non copre infortuni accaduti con una chiamata per una mobilitazione ovvero per motivi straordinari**, ferma in ogni caso la facoltà del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione. **Parimenti l'assicurazione non copre gli infortuni occorsi partecipando a interventi militari al di fuori della Repubblica Italiana**, ferma in ogni caso la facoltà del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.
4. **In caso di risoluzione il Contraente ha diritto al premio (al netto delle imposte) relativo al periodo di assicurazione non utilizzato, mentre in caso di sospensione il medesimo ha diritto alla proroga della garanzia assicurativa per il periodo di tempo pari alla sospensione accordata.**

Art. 7

Definizione di infortunio

1. Si configura un *infortunio* quando la persona assicurata subisce involontariamente un danno alla salute come conseguenza di un evento esterno e improvviso che produce un effetto sul corpo della persona stessa.
2. Si considerano parimenti infortuni:
lussazioni di capi articolari, gli stiramenti e gli strappi di muscoli, legamenti, capsule articolari degli arti e della colonna vertebrale e le lesioni del menisco.
Per ciò che concerne gli effetti patologici degenerativi, trova applicazione in particolare l'art. 20, punto 2 "Limitazione oggettiva della copertura assicurativa".
3. **Non sono considerati infortuni le malattie, né s'intendono conseguenze di infortuni le malattie trasmissibili.**
4. La copertura assicurativa è operante anche per infortuni subiti dall'Assicurato quale passeggero di aeromobili a motore.
Non è considerato passeggero di aeromobili chi è in rapporto causale con il funzionamento del mezzo in parola o membro dell'equipaggio, né chi utilizza detto mezzo nell'esercizio di un'attività professionale.

SEZIONE B: GARANZIE

Art. 8

Invalità permanente

1. Requisiti per la prestazione:
L'infortunio ha compromesso definitivamente capacità fisiche o intellettuali della persona assicurata.
L'invalità è subentrata nel corso dell'anno successivo all'infortunio, è certificata per iscritto da un medico e il Contraente avanzano le relative pretese nei confronti dell'Assicuratore.
Tali pretese possono essere avanzate entro i medesimi termini, con idonea documentazione, anche dagli eredi del Contraente.
Non si configura il diritto alla prestazione per invalità se la persona assicurata decede entro un anno dall'infortunio a seguito dello stesso.
2. Natura e ammontare della prestazione:
 - 2.1 L'Assicuratore eroga la prestazione di invalità
 - come importo per capitali, qualora la persona assicurata subisca l'infortunio prima del compimento del 75° anno d'età,
 - come rendita vitalizia secondo le tabelle vigenti per l'età pensionabile, qualora il sinistro occorra successivamente.
 - 2.2 Qualora l'infortunio determini un'invalità permanente totale e irreversibile, l'Assicuratore eroga la somma assicurata.
 - 2.3 Qualora l'infortunio determini un'invalità permanente parziale irreversibile, l'indennizzo è calcolato sulla scorta della somma assicurata e del grado di invalità, a sua volta individuato in funzione dei gradi percentuali di cui all'allegato 1 del DPR n. 1124 del 30.06.1965 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (tabella INAIL). Del succitato decreto si riporta la seguente tabella:

Descrizione	Percentuale		
	Destra	Bilat.	Sinistra
Sordità completa di un orecchio		15	
Sordità completa bilaterale		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		0	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con	40		30

Descrizione	Percentuale		
	Destra	Bilat.	Sinistra
normale mobilità della scapola			
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio o della mano	70		60
Perdita delle dita			
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35		30
Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		6
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11		9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		25
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Perdita dell'avampiede		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Perdita del solo alluce		7	

Descrizione	Percentuale		
	Destra	Bilat.	Sinistra
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	
Definizioni:			
Consolidato	ben rimarginato, guarito		
Anchilosi, rigidità,	perdita totale della motilità		
Semipronazione	semirotazione dell'avambraccio (palmi verso l'interno)		
Pronazione	rotazione dell'avambraccio (palmi all'indietro)		
Supinazione	rotazione dell'avambraccio (palmi in avanti)		
Pronosupinazione avanti)	rotazioni dell'avambraccio (palmi all'indietro e in		
Estensione	allungamento		
Disarticolazione	lussazione		

- 2.4 Qualora siano compromessi gli arti superiori di persone mancine, i gradi d'invalidità previsti per il lato destro sono applicati al lato sinistro e viceversa.
- 2.5 **Qualora l'infortunio determini un'invalidità permanente parziale irreversibile non determinabile in funzione delle percentuali di cui al punto 2.3 trovano applicazione le seguenti disposizioni:**
- 2.5.1 **Nell'ipotesi di una limitazione funzionale (senza perdita di arti o organi), le percentuali suddette vengono ridotte in via proporzionale alla diminuita motilità.**
- 2.5.2 **Qualora vengano compromesse una o più regioni anatomiche e/o una o più aree di articolazione di un'estremità, il grado d'invalidità sarà determinato sommando i singoli valori, laddove l'importo massimo è dato dalla percentuale corrispondente alla perdita totale dell'estremità stessa.**
- 2.5.3 **Nel caso in cui l'invalidità permanente non possa essere definita sulla scorta delle percentuali di cui al punto 2.3 e dei criteri anzidetti, la stessa sarà fissata in base alle direttive e alle percentuali suindicate, tenendo contestualmente conto della riduzione complessiva della capacità dell'Assicurato di esercitare qualsivoglia attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.**
- 2.6 Nell'ipotesi di una perdita anatomica o della perdita di funzionalità di più organi, articolazioni o più parti di essi il grado d'invalidità, determinato in base alle percentuali di cui al punto 2.3 e dei criteri anzidetti, corrisponde alla somma delle singole percentuali computate per ogni singola lesione, **laddove il valore massimo previsto è pari al 100%.**
- 2.7 Qualora l'infortunio determini una menomazione dell'acutezza visiva, l'indennizzo è calcolato sulla scorta della somma assicurata e del grado di invalidità, a sua volta individuato in funzione dei gradi percentuali di cui all'allegato 1 del DPR n. 1124 del 30.06.1965 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (tabella INAIL). Del succitato decreto si riporta la seguente tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva:

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

- 2.7.1 In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
3. **Nel corso del primo anno dopo l'infortunio l'Assicuratore riconoscerà la prestazione di invalidità solo se la natura e l'entità delle conseguenze dell'infortunio stesso sono chiaramente accertate dal punto di vista medico.**

Art. 9

Morte

1. Se l'Assicurato muore entro un anno dall'infortunio in conseguenza dello stesso, viene pagata la somma assicurata in caso di morte.
2. **All'indennizzo per morte vengono detratti solo i pagamenti corrisposti per l'invalidità permanente dovuta al medesimo evento. L'Assicuratore non può chiedere la restituzione di un'eccedenza corrisposta a titolo di prestazione per invalidità permanente.**
3. **Per ragazzi al disotto dei 15 anni, nell'ambito della somma assicurata vengono rimborsate solo le spese funerarie convenientemente sostenute.**

Art. 10

Morte presunta

1. Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti disperso e l'autorità giudiziaria ha dichiarato la morte presunta a tenore dell'art. 60, c. 3 CC o dell'art. 211 del codice della navigazione e il fatto è stato iscritto nei documenti dell'ufficio dello stato civile, l'Assicuratore liquiderà ai destinatari la somma assicurata prevista per il caso di morte.
2. **Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, si dimostri che l'Assicurato è vivo, questi è tenuto a restituire l'indennizzo stesso in solido con i beneficiari.**

Art. 11

Diaria

1. **La diaria può essere assicurata solo per le persone che esercitano un'attività lavorativa.**
2. **Il pagamento di una diaria prevede** che l'assicurato, al momento dell'infortunio, percepisca un reddito a fronte di un'occupazione soggetta per legge ad assicurazione infortuni obbligatoria, sia essa autonoma o dipendente. Segnatamente non si considerano soggetti produttori di reddito: bambini, scolari, studenti, casalinghe, donne in maternità, lavoratori dipendenti in aspettativa, disoccupati e pensionati.
3. La diaria viene corrisposta, in caso di invalidità permanente o temporanea, per il periodo di incapacità totale **della persona assicurata di attendere alle attività professionali o all'occupazione, per un massimo di 365 giorni nell'arco di quattro anni dal giorno dell'infortunio.**
4. Se al momento dell'infortunio la persona assicurata **non esercita un'occupazione soggetta a previdenza sociale obbligatoria, la diaria viene riconosciuta per un massimo di dieci giorni per ogni periodo di assicurazione.**
5. **L'assicurazione contestuale della diaria viene meno con la fine dell'anno di assicurazione nel quale la persona assicurata cessa l'attività professionale, in ogni caso con la fine dell'anno di assicurazione nel corso del quale la persona in questione compie 70 anni.**

Art. 12

Diaria da ricovero

1. **La diaria da ricovero viene riconosciuta per ogni giorno di degenza ospedaliera necessario alla persona assicurata per ricevere le cure mediche a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, per un massimo di 365 giorni nell'arco di quattro anni dal giorno dell'infortunio.**
2. **Per ospedali s'intendono istituti ospedalieri e sanatori che sono autorizzati da autorità sanitarie, sono costantemente diretti e assistiti da medici e non si limitano alla prestazione di determinati trattamenti, come pure i centri di riabilitazione degli enti di previdenza sociale, gli ospedali aziendali e militari.**
3. **A titolo esemplificativo, non sono considerati ospedali gli istituti di cura per tubercolotici, per malati cronici irreversibili, le case di cura e di convalescenza, le case di riposo e i loro relativi reparti per malati, gli stabilimenti termali, come anche gli istituti di cura per malattie di nervi e mentali.**

Art. 13

Spese sanitarie a seguito di infortunio

L'Assicuratore rimborsa le spese sanitarie a seguito di infortunio **fino alla concorrenza del massimale concordato, a condizione che siano sostenute entro 2 anni dalla data dell'infortunio, a meno che non debbano essere pagate da un ente di previdenza sociale o siano già state rimborsate da un altro prestatore di servizi.**

Per *spese sanitarie a seguito di infortunio* s'intendono:

1. le spese di cura
che sono state sostenute per eliminare le conseguenze dell'infortunio ed erano necessarie per prescrizioni mediche. Tra queste rientrano anche le spese necessarie di trasporto dell'infortunato, il primo acquisto di protesi di arti artificiali e dentali e gli altri primi acquisti ritenuti necessari dal punto di vista medico.
Non sono rimborsate le spese sostenute per viaggi e soggiorni termali e di convalescenza, come anche le spese di riparazione o riacquisto di protesi dentali, di arti o di altri presidi artificiali.
2. le spese di salvataggio
che si rendono necessarie se la persona assicurata

- 2.1 ha subito un infortunio o si è trovata in una situazione di pericolo in montagna o in acqua e deve essere soccorsa, a prescindere dal fatto che abbia riportato o meno delle lesioni;
- 2.2 è deceduta a seguito di un infortunio o di una situazione di pericolo in montagna o in acqua e si rende necessario procedere con le operazioni di recupero.
Per *spese di salvataggio* s'intendono le spese documentate di ricerca della persona assicurata e del suo trasporto fino alla strada carrabile più vicina o fino all'ospedale più vicino al luogo dell'incidente.
3. le spese di rientro sanitario,
ossia, se la persona assicurata si è infortunata fuori dal suo luogo di residenza, le spese connesse all'incidente per il necessario trasporto medico dell'infortunato dal luogo dell'incidente, o dall'ospedale nel quale è stata trasportata dopo l'infortunio, al suo luogo di residenza o all'ospedale più vicino ad essa. In caso di incidente mortale vengono pagate anche le spese per il trasporto della salma al suo ultimo luogo di residenza in Italia.

Art. 14

Rendita vitalizia

1. Qualora l'infortunio comporti un'invalidità permanente ai sensi dell'art. 8 **di grado pari o superiore al 50%**, viene corrisposta una rendita vitalizia a prescindere dall'età della persona assicurata.
2. Il pagamento della rendita predetta viene effettuato al termine di ogni mese. La prima rendita vitalizia è esigibile con effetto retroattivo dal mese in cui si è verificato l'infortunio. **Il pagamento della rendita cessa con la morte della persona assicurata.**
3. **Qualora la persona assicurata muoia entro il primo anno dall'infortunio a seguito dello stesso, non sussiste alcun diritto alla rendita vitalizia.**

Art. 15

Prestazioni aggiuntive

L'Assicuratore si fa carico dei costi necessari connessi all'adempimento degli obblighi di cui all'art. 26, punto 2 ("Obblighi"), **fatta eccezione per i costi di cui al punto 2.6.**

Art. 16

Esigibilità della prestazione

1. L'Assicuratore è tenuto a dichiarare entro un mese, nel caso di richieste di prestazione per invalidità permanente entro tre mesi, se e in che misura riconosce un obbligo indennitario. **I termini decorrono dal ricevimento della documentazione** che l'avente diritto ci deve presentare per l'accertamento dell'accaduto e le conseguenze dell'infortunio e in relazione alla conclusione delle cure.
2. Accertati l'*an debeatur* e l'ammontare dell'onere indennitario, la prestazione diventa esigibile. Tuttavia, la prestazione è comunque esigibile se l'avente diritto, trascorsi due mesi dalla richiesta di una prestazione pecuniaria, invita l'Assicuratore a chiarire le motivazioni che non hanno ancora consentito di concludere gli accertamenti e quest'ultimo non dà seguito alla richiesta predetta entro un mese.
3. Qualora sia stata accertata solo la legittimità dell'onere indennitario, l'avente diritto può richiedere all'Assicuratore anticipi fino alla concorrenza della somma minima che questi deve corrispondere allo stato dei fatti.

Art. 17

Perizia contrattuale

L'indennizzo è stabilito sulla scorta delle disposizioni degli articoli precedenti.

Eventuali questioni controverse di natura medica circa il tipo di lesione, il grado di invalidità permanente o ancora l'entità o la durata dell'incapacità temporanea al lavoro devono essere sottoposte per iscritto all'attenzione di un collegio costituito da tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo. Detto collegio medico si riunisce nel comune sede dell'ordine dei medici competente per il territorio dove risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo dovrà essere nominato dal presidente dell'ordine dei medici.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuedo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico.

Qualora il collegio medico lo ritenga opportuno, l'accertamento dell'invalidità permanente può essere demandato a un momento successivo, che sarà individuato dal collegio stesso; in tal caso quest'ultimo può concedere provvisoriamente un anticipo dell'indennizzo. **Il collegio medico decide a maggioranza senza vincoli relativi alle formalità di legge e sono vincolanti per entrambe le parti. Queste rinunciano fin da subito a proporre impugnazione, salvo il caso in cui non sussistano obbligo, dolo, errore ovvero una violazione delle disposizioni contrattuali.**

Gli esiti dell'operato del tribunale arbitrale devono essere riassunti in un verbale interno da redigere in duplice originale; **entrambe le parti ne ricevono una copia.**

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti, anche qualora un medico rifiuti di sottoscrivere il verbale. Detto diniego deve essere confermato dagli arbitri nel verbale stesso.

SEZIONE C: LIMITI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 18

Persone non assicurabili

- Non sono assicurabili e in ogni caso non s'intendono assicurate le persone completamente inabili in via permanente alle attività lavorative.**
Si configura una *completa inabilità al lavoro* se, dal punto di vista medico, non si può pretendere dalla persona assicurata l'esercizio di una attività lavorativa a seguito di malattia o infermità, né in effetti è esercitata alcuna attività lavorativa.
- L'Assicuratore presta la garanzia a fronte della dichiarazione dell'Assicurato di non dipendere da alcol o droghe e di non essere affetto da una delle seguenti infermità mentali: infermità mentali con sindromi cerebro-organiche, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, a prescindere dalla valutazione effettiva delle condizioni di salute dell'Assicurato.**
- In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze trovano applicazione le disposizioni dell'art. 21 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e le disposizioni degli artt. 1982, 1893 e 1894 CC.**
- L'insorgere di una o più delle suddette infermità Assicurato nel periodo di validità del contratto comporta un aggravamento del rischio per l'Assicuratore, per il quale il medesimo, indipendentemente dalla valutazione effettiva delle condizioni di salute dell'Assicurato, non avrebbe consentito l'assicurazione conformemente all'art. 1898 CC. In detto caso si applica la disposizione di legge prevista dall'articolo in parola.**

Art. 19

Rischi esclusi dall'assicurazione

La copertura assicurativa non è operante per infortuni:

- occorsi utilizzando apparecchi aerei, lanciandosi con paracadute, utilizzando aeromobili, se il caso non rientra nelle disposizioni di cui all'art. 7, punto 4, "Definizione di infortunio";
- che occorrono partecipando a gare sportive di velocità con veicoli a motore (anche corse a premi e rally) e alle relative prove;
- che si verificano partecipando a gare regionali, federali o internazionali nell'ambito degli sport sciistici nordici e alpini, dello snowboard e del freestyle, dello skeleton, delle discese con il bob, lo skibob, lo slittino e alle prove ufficiali per dette manifestazioni;
- che occorrono nel corso del tentativo e della commissione di azioni perseguibili penalmente della persona assicurata con fattispecie dolosa;
- che sono in relazione diretta o indiretta con eventi bellici di ogni genere;
- dovuti a disordini interni, se la persona assicurata vi ha partecipato nella schiera dei sobillatori;
- cagionati indirettamente o direttamente
 - da qualsiasi effetto di armi nucleari, chimiche o biologiche,
 - da energia nucleare,
 - ovvero dall'effetto di raggi ionizzanti ai sensi della vigente legge in materia di protezione dalle radiazioni e successive modifiche e integrazioni,
 - salvo per quelli che sono stati prescritti per le cure a seguito di un sinistro.
- che la persona assicurata subisce a seguito di "un'alterazione dello stato di coscienza" o di una compromissione essenziale delle sue facoltà psichiche dovute ad alcool, sostanze stupefacenti o medicinali;
- causati da danni alla salute nel corso di cure o interventi sul corpo della persona assicurata. Tuttavia la copertura assicurativa è operante se dette cure o interventi sono conseguenti a un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Art. 20

Limitazione oggettiva della copertura assicurativa

Una prestazione assicurativa viene resa solo per le conseguenze causate dall'infortunio occorso (danno fisico o morte).

Trova inoltre applicazione quanto segue:

- Nella determinazione del grado di invalidità, viene attuata una detrazione pari all'invalidità preesistente solo se l'infortunio ha interessato una funzione fisica o intellettuale già compromessa.**
L'invalidità preesistente viene calcolata ai sensi dell'art. 8, punti 2 e 3, "Invalidità permanente".
- Qualora malattie o infermità abbiano concorso al danno alla salute cagionato dall'infortunio, in particolare quelle lesioni che hanno come causa o concausa effetti patologici degenerativi, o alle sue conseguenze, in caso di invalidità la percentuale della stessa, altrimenti la prestazione, **devono essere ridotte proporzionalmente al livello di malattia o infermità, laddove detto livello è almeno del 25%.**
- Per ciò che concerne i danni alla salute causati da una insufficienza acuta della irrorazione sanguigna del muscolo cardiaco (p. es. l'infarto), la prestazione è resa solo se sussiste un rapporto causale prevalente con una lesione diretta dell'arteria coronaria interessata, e tale lesione è stata causata da un'azione meccanica diretta che ha agito dall'esterno sulla gabbia toracica. S'intendono assicurati anche gli infortuni a seguito di infarto cardiaco e ictus.**
- Per i disturbi del sistema nervoso di natura organica, la prestazione viene resa **solo se e nella misura in cui detto disturbo è riconducibile a un danno organico causato dall'infortunio.**
I disturbi psichici (nevrosi, psiconevrosi) non rientrano tra le conseguenze dell'infortunio.

5. **Nel caso di ernie del disco, la prestazione viene resa solo se esse si sono verificate per azione meccanica diretta sulla colonna vertebrale e non si tratta di un peggioramento dei sintomi presenti prima dell'infortunio.**
6. **Per ogni tipo di ernia addominale, la prestazione è resa solo se quest'ultima è causata da un'azione meccanica diretta esterna e non è dovuta a predisposizioni.**

SEZIONE D: OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Art. 21

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato in merito a circostanze che concorrono alla definizione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e sono causa di annullamento dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 CC).

Art. 22

Pagamento del premio

L'assicurazione è operante dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza, a condizione che sia stato già pagato il premio o la prima rata di premio, in caso contrario, l'assicurazione diventa operante dalle ore 00:00 del giorno in cui è pagato il premio. Qualora il Contraente non paghi i premi successivi o le successive rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza e torna operante solo dalle ore 00:00 del giorno in cui è effettuato il pagamento, conformemente a quanto previsto dall'art. 1901 del codice civile. Restano impregiudicate le successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Assicuratore oppure all'intermediario personale.

Art. 23

Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Assicuratore qualsivoglia aggravamento del rischio.

Circostanze di aggravamento del rischio ignote all'Assicuratore o dallo stesso non accettate possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché all'annullamento dell'assicurazione a tenore dell'art. 1898 CC.

Art. 24

Diminuzione del rischio

Qualora l'Assicurato comunichi all'Assicuratore una diminuzione del rischio, ai sensi dell'art. 1897 CC quest'ultimo deve ridurre il premio a decorrere dalla scadenza del premio stesso o della rata di premio successiva alla comunicazione. In detto caso l'Assicuratore rinuncia al diritto di recesso.

Art. 25

Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato deve dare avviso per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, l'Assicuratore non è tenuto a corrispondere l'indennizzo.

Nel caso di sinistro l'Assicurato deve informare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, conformemente a quanto previsto dall'art. 1910 CC.

Art. 26

Obblighi

1. **Obblighi prima del verificarsi del sinistro**
È fatto obbligo, la cui violazione comporta l'esonero dell'Assicuratore dalla prestazione, che la persona assicurata alla guida di un autoveicolo sia in possesso dell'abilitazione prescritta dalle norme vigenti, necessaria per la guida di questo o di un analogo autoveicolo; quanto detto vale anche nel caso in cui detto veicolo non viene condotto su strade pubbliche.
2. **Obblighi in caso di sinistro**
Di seguito si individuano gli obblighi, la cui violazione comporta l'esonero dell'Assicuratore dalla prestazione:
 - 2.1 **In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso per iscritto all'agente al quale è assegnata la polizza oppure all'Assicuratore entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, secondo quanto previsto dall'art. 1913 CC.**
 - 2.2 **La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione dei fatti.**
 - 2.3 **Il decorso della guarigione deve essere documentato da ulteriori certificati medici. In caso di inabilità temporanea al lavoro detti certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.**
 - 2.4 **L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire all'Assicuratore tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.**

- 2.5 Il mancato o inesatto adempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo a tenore dell'art. 1915 CC.
- 2.6 Dopo l'infortunio è necessario richiedere immediatamente l'intervento medico e proseguire il trattamento medico fino al termine delle cure; parimenti bisogna provvedere ad assistere opportunamente l'infortunato e fare il possibile per evitare o ridurre le conseguenze del sinistro.
- 2.7 Le autorità interessate dall'infortunio devono essere autorizzate e invitate a dare le informazioni richieste dall'Assicuratore.
- 2.8 L'Assicuratore può chiedere che la persona assicurata si sottoponga alla visita di un medico da lui designato.
- 2.9 Qualora sia garantita anche la diaria da ricovero, se la persona assicurata è ricoverata in un ospedale (art. 12, punto 2, "Diaria da ricovero"), dopo la sua dimissione deve essere inviato all'Assicuratore un certificato di ricovero dell'azienda ospedaliera.
- 2.10 Qualora siano assicurate anche le spese sanitarie a seguito di infortunio, all'Assicuratore deve essere consegnata la documentazione in originale.

SEZIONE E: ALTRE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI

Art. 27

Periodo di assicurazione e durata del contratto

1. Periodo di assicurazione
Se il contratto di assicurazione non è stato stipulato per un periodo inferiore, il periodo di assicurazione s'intende pari a un anno
2. Durata del contratto
I contratti, la cui durata convenuta è di almeno un anno, vengono prorogati con cadenza annuale se non disdetti entro 30 giorni dalla loro scadenza. Se il periodo di validità del contratto è inferiore ad un anno, il rapporto contrattuale cessa senza che sia necessaria la disdetta.

Art. 28

Disdetta ed estinzione del contratto

1. Disdetta in caso di sinistro
- 1.1 **Verificatosi un sinistro, il Contraente può recedere dal contratto se l'Assicuratore rifiuta una richiesta legittima di prestazione ovvero tarda a riconoscerla.**
In detti casi il Contraente deve disdire il contratto entro 30 giorni
- dal rigetto della pretesa legittima di prestazione assicurativa;
 - dal passaggio in giudicato della sentenza qualora si adisca un tribunale;
 - dalla notifica della decisione della commissione medica (art. 17 "Perizia contrattuale");
 - dalla scadenza della prestazione assicurativa in caso di ritardo nel riconoscimento della prestazione da parte dell'Assicuratore (art. 16 "Esigibilità della prestazione").
- La disdetta può essere data con effetto immediato o alla fine del periodo di assicurazione in corso.**
- 1.2 **Verificatosi un sinistro, l'Assicuratore può recedere dal contratto se ha riconosciuto l'*an debeatur* della prestazione assicurativa o l'ha liquidata, ovvero se il Contraente ha avanzato dolosamente una pretesa di prestazione.**
Dobbiamo disdire il contratto entro 30 giorni
- dal riconoscimento dell'*an debeatur*;
 - dalla liquidazione della prestazione assicurativa;
 - dal rigetto della pretesa di prestazione assicurativa avanzata dolosamente.
- La disdetta può essere data solo osservando un preavviso di 30 giorni.
Se il contraente avanza dolosamente pretese, l'impresa di assicurazioni può dare disdetta con effetto immediato.
- 1.3 All'Assicuratore deve essere riconosciuto in via proporzionale il premio dovuto fino alla risoluzione del contratto.
2. Qualora il contratto cessi per decesso della persona assicurata o perché quest'ultima è diventata non assicurabile (art. 18 "Persone non assicurabili"), all'Assicuratore deve essere riconosciuto in via proporzionale il premio dovuto fino alla risoluzione del contratto.

Art. 29

Posizione giuridica delle persone interessate dal contratto

1. Si può stipulare un'assicurazione contro gli infortuni per gli infortuni a danno del Contraente o di un'altra persona.
Un'assicurazione contro gli infortuni che subisce un'altra persona si considera, nel dubbio, come stipulata per conto di quest'ultima. Se il Contraente stipula per Suo conto un'assicurazione contro gli infortuni che subisce un'altra persona, è necessario il consenso scritto di quest'ultima, pena l'invalidità del contratto. Qualora l'altra persona sia incapace di agire o limitatamente capace di agire e il Contraente lo rappresenti nelle questioni che lo riguardano, il medesimo non è legittimato a rappresentare la persona in questione all'atto del consenso.
2. **Tutte le disposizioni che riguardano il Contraente trovano applicazione per analogia anche per la persona assicurata e per quelle persone che avanzano pretese in virtù del contratto di assicurazione.**

3. **Dette persone sono responsabili con il contraente per l'adempimento degli obblighi assicurativi, dell'obbligo di mitigazione del danno e di salvataggio.**

Art. 30

Foro competente

Per tutte le controversie derivanti dal presente contratto di assicurazione è competente il foro di Bolzano.

Art. 31

Forma delle dichiarazioni

Le comunicazioni, le modifiche e le dichiarazioni sono vincolanti solo se rese per iscritto.

Art. 32

Oneri fiscali

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

Art. 33

Diritto applicabile

Per il presente contratto e tutti i negozi giuridici ad esso connessi trova applicazione il diritto italiano.

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.

Direzione e Rappresentanza Generale per l'Italia

Via del Macello 30

39100 Bolzano

Tel. +39 0471 052600

office@tiroler.it

tiroler.it