Aster On the Move

Don't be afraid to go your way!

Aster On the Move è una soluzione associativa progettata da ASTER Associazione del Terziario che include un pacchetto assicurativo, messo a punto da un broker specialista, coerente con le esigenze di copertura dei rischi della mobilità del socio.

Ogni Socio può scegliere il piano più adatto alle proprie esigenze per essere protetto durante la mobilità, le diverse tipologie di piano si differenziano in base ad una analisi del rischio guidata con lo strumento "Calcola i tuoi rischi".

La quota annuale quindi viene definita sulla base delle risposte, ma il socio ha la possibilità di agire sulle variabili per cambiare una o più condizioni, se ritieni la soluzione inadeguata.



Foto di Illiya Vjestica su Unsplash

AVVERTENZE - INFORMATIVA IVASS

Informativa resa al Socio ai sensi del Regolamento n. 35 del 26 maggio 2010, concernente la disciplina degli obblighi di informazione e della pubblicità dei prodotti assicurativi (D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209). Ai sensi dell'art. 1891 Cod.Civ. le prestazioni sono coperte da polizze di assicurazione, stipulate, con le compagnie di assicurazioni di seguito riportate, da:

ASTER Associazione del Terziario
(CF 94010040247 | http://www.aster-italia.it)

Tutela Legale | **ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG** | polizza 82.0103618
Sede della società: Deutz-Kalker Str. 46 DE- 50679 Colonia (Germania)
Handelsregister Köln HRB 2164
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Francesco Guicciardini, 6 – 20129 Milano - web http://www.roland-italia.it
Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese 05377040968 – R.E.A. n. 1817212
Impresa Iscritta al n. I.00062, Elenco I, dell'appendice all'Albo Imprese IVASS

On the Move | **Sara Assicurazioni SpA** | polizza 32042NL
Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia Sede legale: Via Po120 - 001 98 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.) Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910 Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001 Tel. 0684751 - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Long Term Care (LTC) | **Compagnia di Assicurazione Harmonie Mutuelle** | polizza 440.029
Sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia Sede secondaria in Milano, Via San Gregorio, 48, Italia
Iscritta Albo Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 - Codice IVASS Impresa: D915R
CF e PI 08186860964 | e-mail: info@harmoniemutuelleitalia.it - pec: harmoniemutuelle@legalmail.it - web: http://www.harmonie-mutuelle-italia.it/

Il servizio assicurativo è gestito da:

ASTER SERVIZI Srl - Sezione: B – Broker - Numero Iscrizione: B000291659
Sede legale: Via F. Tasca, 14 – 35010 San Pietro in Gu (PD)
Capitale Sociale € 25.000,00 - Registro Imprese PADOVA / Cod. Fisc. / Part. IVA 04344230281
Uffici: Via Francesco Tasca, 14 35010 San Pietro in Gu (PD)
Email: mauro.fontana@aster-servizi.it PEC mauro.fontana@pec.aster-servizi.it
Web http://www.aster-servizi.it

Assicurazione per la tutela legale

DIP – Documento informativo precontrattuale di contratti assicurazione danni

Compagnia: ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG Rappresentanza Generale per l'Italia
con sede in Germania, iscritta al n. I.00062. Elenco I, dell'Albo Imprese IVASS

Prodotto: ROLAND Vita Privata

Attenzione: Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite nell'**offerta personale**, nella **polizza di assicurazione** e nel **Set Informativo** che contiene anche **le condizioni di assicurazione**.

Che tipo di assicurazione è?

Tutela legale per rischi legali connessi alla vita privata

Che cosa è assicurato?

La polizza garantisce la tutela stragiudiziale, giudiziale e arbitrale del contraente e del suo nucleo familiare (come risulta dallo stato di famiglia) nonché dei conviventi indicati in polizza per fatti o eventi accaduti nell'ambito della vita privata o dei rapporti di lavoro subordinato degli assicurati, per le seguenti casistiche:

- ✓ Richieste di risarcimento di danni causati da atti o fatti illeciti di terzi;
- ✓ Controversie per inadempienze contrattuali proprie o di controparte con un valore di lite fra € 100,00 e € 50.000,00;
- ✓ Controversie nascenti dal contratto di lavoro subordinato privato o pubblico dell'assicurato;
- ✓ Controversie di lavoro con collaboratori domestici regolarmente assunti;
- ✓ Controversie con enti di previdenza sociale;
- ✓ La difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni e per delitti dolosi purché l'assicurato venga assolto o il reato doloso venga derubricato a colposo;

L'importo massimo (massimale) che generalmente può essere pattuito per ogni caso assicurato è di € 20.000,00 o € 50.000,00.
Per quanto concerne l'indicazione dei massimali, franchigie, scoperti e limiti di indennizzo effettivi, si fa riferimento all'**offerta personale**.

In particolare, l'assicurazione paga le seguenti spese nel momento in cui occorrono:

- ✓ il compenso dell'avvocato liberamente scelto;
- ✓ il compenso del perito di parte liberamente scelto nei limiti delle norme vigenti;
- ✓ tutte le spese processuali che il giudice pone a carico dell'assicurato e il contributo unificato;
- ✓ le spese di viaggio del legale per raggiungere la sede del procedimento
- ✓ le spese di mediazione finalizzata alla conciliazione o di negoziazione assistita;
- ✓ previa autorizzazione, le spese per accertamenti economici su enti e persone;
- ✓ le spese per la registrazione e per copie della sentenza;
- ✓ le spese per i primi tre tentativi di esecuzione forzata.

Che cosa non è assicurato?

- x Controversie con società del gruppo Roland;
- x Controversie tra persone fisiche coassicurate;
- x Vertenze riguardanti diritti d'autore, brevetto, marchio, proprietà intellettuale o esclusiva e diritto dei cartelli o concorrenza sleale;
- x Vertenze di diritto amministrativo, tributario, fiscale e doganale;
- x Vertenze di diritto societario e tra organi societari;
- x Vertenze di diritto di famiglia;
- x Vertenze dinnanzi a Corti Costituzionali e qualsiasi Corte internazionale;
- x Sinistri causati con dolo accertato dall'assicurato o connessi a un reato doloso da lui commesso, accertato in qualsiasi modo;
- x Vertenze riguardanti il possesso, la proprietà e la conduzione di veicoli;
- x vertenze di natura amministrativa con Enti Pubblici ed Enti di Previdenza e Assistenza obbligatoria/di categoria;
- x vertenze in relazione alla compravendita, alla nuova costruzione o all'ampliamento di beni immobili;
- x vertenze direttamente conseguenti all'acquisto, alla gestione o alla vendita di azioni, titoli di stato, obbligazioni e strumenti finanziari in generale;
- x vertenze inerenti l'acquisto, la vendita, l'affitto o l'usufrutto di aziende;
- x controversie connesse con qualsiasi attività di impresa o di lavoro autonomo dell'assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

- ! L'assicurazione paga solo fino all'importo del massimale pattuito per il caso;
- ! Possono essere pattuiti scoperti e franchigie che restano a carico del contraente;
- ! La Compagnia non soddisfa pretese dell'Assicurato che sono prescritte;
- ! L'assicurazione non paga sanzioni, ammende e pene pecuniarie;
- ! Controversie di valore inferiore a € 100,00 non sono coperte;
- ! Controversie il cui valore supera € 50.000,00 non sono coperte.

Dove vale la copertura?

- ✓ Per pretese di risarcimento del danno extracontrattuale e per procedimenti penali l'assicurazione vale per i sinistri insorti in Europa e negli Stati extraeuropei del Mar Mediterraneo.
- ✓ In tutti gli altri casi la garanzia assicurativa vale per i sinistri insorti nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

Che obblighi ho?

Prima della stipulazione del contratto, Roland deve essere informata in modo veritiero e completo sul rischio assicurato.

Se questo rischio subisce una variazione significativa nel corso della durata del contratto, ROLAND deve esserne avvertita tempestivamente.

Il Contraente/Assicurato deve segnalare a ROLAND, per iscritto o anche verbalmente, il verificarsi del sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando diventa necessaria la salvaguardia dei suoi diritti, generando così spese legali. In seguito l'assicurato deve collaborare alla gestione del caso fornendo spontaneamente informazioni corrette ed esaurienti, atti e documenti. Atti giudiziari devono essere trasmessi a Roland entro 30 giorni.

Quando e come devo pagare?

Quando:

Il premio deve essere pagato anticipatamente per l'anno assicurativo (o per il semestre in caso di accordo per pagamenti semestrali). Salvo patti diversi, il pagamento deve sempre avvenire entro i primi 60 giorni dall'inizio del periodo assicurativo.

Come:

Il premio deve essere pagato esclusivamente tramite bonifico bancario direttamente a Roland o all'agente o al broker incaricato se questi hanno la facoltà di incassare i premi per conto della Compagnia.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Inizio:

Se il premio viene pagato entro 30 giorni dalla decorrenza, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato in polizza e, se non pattuito diversamente, si rinnova tacitamente di anno in anno. Solo per controversie di natura contrattuale, la garanzia inizia tre mesi dopo il primo giorno di decorrenza dell'assicurazione.

Fine:

L'assicurazione finisce alle ore 24 del giorno di scadenza pattuito in polizza o alle ore 24 del giorno di scadenza annuale per la quale è stata data la disdetta. Per un minimo di due anni dopo la fine (tre se il contratto durava più di tre anni), l'assicurato può ancora denunciare sinistri che si sono verificati durante il periodo di validità della polizza.

L'assicurazione finisce anticipatamente se cessa il rischio assicurato e l'Assicuratore ne viene informato. In questo caso, il contraente ha diritto al rimborso della quota parte del premio netto non goduta. Dopo ogni sinistro le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto con un preavviso di 30 giorni. Anche in questo caso, il contraente ha diritto al rimborso della quota parte del premio netto non goduta.

Come posso disdire la polizza?

La polizza può essere disdettata dal Contraente tramite PEC o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, spedite entro 60 giorni prima della scadenza.

Condizioni Speciali
per la tutela legale della vita privata, per la tutela legale della circolazione stradale e per la tutela legale per gli immobili (CVP 2000)

Art. 1 - Norme applicabili

Le presenti condizioni particolari di polizza hanno validita in combinazione e ad integrazione delle condizioni generali per l´Assicurazione per la Tutela Legale (CTG) .

Art. 2 - Persone assicurate

(1) La garanzia assicurativa viene prestata al Contraente ed ai componenti il suo nucleo familiare, risultanti dallo stato di famiglia. L´assicurazione è inoltre estesa a favore di eventuali persone conviventi con il Contraente ed identificate in polizza.
L´assicurazione riguarda esclusivamente fatti e/o eventi accaduti negli ambiti della vita privata e dei rapporti di lavoro subordinato degli assicurati.
Non sono assicurate controversie in connessione con qualsiasi attività di impresa o di lavoro autonomo del Contraente e delle persone assicurate.

(2) Nell´ambito della tutela legale per veicoli a motore (Art. 4 CVP 2000) la copertura è valida per le persone assicurate, secondo il punto uno, nella veste di proprietario, locatario in base a un contratto di leasing, conducente e trasportato, di veicoli a motore su terra a loro intestati e usufruiti per scopi privati o per una attività di lavoro dipendente.
La copertura si estende altresì a favore del conducente autorizzato ed i trasportati del veicolo assicurato, anche se non fanno parte delle persone assicurate di cui al punto uno.
Non sono coperti sinistri resultanti dall' uso della vettura assicurata relativo alla attivita aziendale o ad attività lavorativa autonoma.

(3) Nell´ambito della tutela legale inerente la proprietà o la locazione di beni immobili (Art. 8 CVP 2000) la copertura si estende alle persone assicurate, ai sensi del punto uno, nelle loro qualità di conduttore o proprietario dell' immobile o parti di esso individuati in polizza a condizione che le persone assicurate usufruiscano dell' immobile a fini abitativi.

Art. 3 - Oggetto dell´assicurazione per la vita privata

(1) Tutela legale per l´esercizio di pretese al risarcimento danni

La garanzia assicurativa viene prestata per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali per fatti illeciti di terzi.

(2) Tutela legale contrattuale

La copertura comprende la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie nascenti da effettive o presunte inadempienze contrattuali, proprie o di controparte a condizione che il valore della lite sia superiore a euro 100,00 ed inferiore ad euro 50.000,00.

(3) Tutela legale del lavoro

La copertura comprende la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie contrattuali nascenti da un rapporto di lavoro subordinato, sia esso privato che pubblico, dell' assicurato.
Sono incluse le controversie relative a rapporti di lavoro con collaboratori domestici regolarmente assunti.

(4) Tutela legale per l´assicurazione sociale

La copertura comprende la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali.

(5) Tutela legale penale

a) La copertura comprende i costi per la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni.

La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

b) Se concordato in polizza, la copertura comprende anche i costi per la difesa in procedimenti penali per delitti dolosi, compresi anche quelli derivanti da violazioni in materia fiscale ed amministrativa, sempreché l´assicurato venga assolto o il reato doloso venga derubricato a reato colposo con decisione passata in giudicato (Art. 530, comma 1 c.p.p.). Sono esclusi tutti i casi di estinzione del reato per qualsiasi motivo. Permane l'obbligo dell´ Assicurato di informare ROLAND nel momento in cui venga a conoscenza di eventuali attività investigative nei propri confronti (Art. 15 comma 1 CTG).
ROLAND rimborsa le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

(6) Tutela legale avanti a collegi arbitrali

In deroga all´art.11 (i) CTG la copertura comprende anche la salvaguardia degli interessi giuridici per procedimenti arbitrali, che vengono eseguiti limitatamente alle controversie di cui all´art. 3 punti 1, 2, 3 e 4 delle presenti condizioni.
Per ogni procedimento arbitrale ROLAND sostiene i costi della procedura fino ad euro 5.000,00, a condizione che la controversia venga risolta nell´ambito del procedimento arbitrale.
In deroga all'art. 5 CTG , ROLAND si assume solo le spese per l´arbitro e per gli avvocati nei limiti sopra descritti.

(7) Esclusioni

Ad integrazione dell´art. 11 CTG la copertura non è altresì valida per:

a) vertenze concernenti il diritto di famiglia, successioni e donazioni;

b) controversie che riguardano la persona assicurata in qualità di pedone, ciclista, proprietario, conducente o passeggero di veicoli a motore o qualsiasi altro mezzo di trasporto su terra, su mare o in aria (assicurabile tramite gli art. 4, 5 e 6);

c) controversie contrattuali inerenti l´acquisto o la vendita di un veicolo a motore (assicurabile tramite l'art. 4);

d) la difesa in procedimenti penali e per contravvenzioni connesse alla proprietà o la guida di veicoli a motore (assicurabile tramite l'art. 4);

e) controversie inerenti finanziamenti di progetti per la costruzione o ristrutturazione di immobili e acquisti di terreni;

f) controversie inerenti contratti di multi-proprietà immobiliare (timesharing);

g) controversie riguardanti a giochi di fortuna (lotterie varie sia pubbliche che private), scommesse o investimenti di capitali;

h) controversie che riguardano le persone assicurate nella loro qualità di conduttore, affittuario, locatore o proprietario di un immobile o parti di un immobile (in parte assicurabile tramite l'art. 8).

Art. 4 - Tutela legale per i veicoli a motore su terra

Valida solo se espressamente indicata nel modulo di polizza e solo dopo la corresponsione del relativo premio.

La copertura viene prestata per uno o più veicoli indicati in polizza o a tutti i veicoli di proprietà della persona assicurata secondo l´art. 2 punti 1 e 2, usati sia per scopi privati che per motivi di lavoro.

(1) Tutela legale per l´esercizio di pretese al risarcimento danni

La garanzia assicurativa viene prestata per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali per fatti illeciti di terzi.

(2) Tutela legale del diritto contrattuale per la vettura

La copertura comprende la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie nascenti da effettive o presunte inadempienze contrattuali, proprie

o di controparte, nel caso che questi riguardino contratti del veicolo assicurato, a condizione che il valore della lite sia superiore a euro 100,00.

(3) Tutela legale penale

La copertura comprende i costi per la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni derivanti da un incidente stradale.
La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

(4) Dissequestro del veicolo assicurato

La copertura comprende le spese per l´attività di un avvocato in procedimenti che riguardano il dissequestro del veicolo assicurato, se questo è stato sequestrato in seguito ad un incidente stradale.

(5) Cauzione penale

ROLAND provvederà ad anticipare il pagamento di una cauzione, fino ad un importo massimo equivalente in valuta locale a euro 11.000,00, che si dovesse rendere necessaria nel caso di arresto, minaccia di arresto o di altra misura restrittiva della libertá personale dell' Assicurato disposta per responsabilitá penale connessa ad incidente stradale verificatosi all´estero.
L´anticipo viene concesso previa esibizione di adeguate garanzie della restituzione dell´importo mutuato a titolo di cauzione. L´anticipo è da rimborsare a ROLAND entro un mese decorrente dalla data di pagamento effettuato da ROLAND.

(6) Spese per l´interprete

La copertura comprende le spese per l´interprete, in caso di arresto, detenzione e/o altra misura restrittiva della libertà disposta per responsabilità penale connessa ad incidente stradale verificatosi all´estero, per la salvaguardia degli interessi giuridici dell'Assicurato.

(7) Ritiro della patente di guida

La copertura comprende i costi necessari per proporre in ogni ordine e grado opposizione al provvedimento di ritiro, revoca o sospensione della patente di guida in seguito ad un incidente stradale.

(8) Tutela legale avanti a collegi arbitrali

In deroga all´art.11 (i) CTG la copertura comprende anche la salvaguardia degli interessi giuridici per procedimenti arbitrali, che vengono eseguiti limitatamente alle controversie di cui all´art. 4 punto 1 e 2 delle presenti condizioni.
Per ogni procedimento arbitrale ROLAND sostiene i costi della procedura fino ad euro 5.000,00, a condizione che la controversia venga risolta nell´ambito del procedimento arbitrale.
In deroga all'art. 5 CTG , ROLAND si assume solo le spese per l´arbitro e per gli avvocati nei limiti sopra descritti.

(9) Soppressione del periodo di carenza

In deroga dell´art. 6 (1) b) CTG il periodo di carenza per procedimenti di cui all´art. 4 punti 1, 3, 4 e 7 viene soppresso.

Art. 5 -Tutela legale per il conducente

Valida solo se espressamente indicata nel modulo di polizza e solo dopo la corresponsione del relativo premio.

La copertura comprende la salvaguardia degli interessi giuridici delle persone assicurate nella loro qualità di conducenti di un veicolo a motore su terra che è di proprietà di terzi per:

(a) sostenere pretese al risarcimento danni in caso di un incidente stradale;

(b) la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni connessi ad un incidente stradale. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;

(c) sostenere i costi necessari per proporre in ogni ordine e grado opposizione al provvedimento di ritiro, revoca o sospensione della patente di guida in seguito ad un incidente stradale. Il periodo di carenza secondo l´art. 6 (1) b) CTG viene soppresso;

(d) ROLAND provvederà ad anticipare il pagamento di una cauzione, fino ad un importo massimo equivalente in valuta locale a euro 11.000,00, che si dovesse rendere necessaria nel caso di arresto,

minaccia di arresto o di altra misura restrittiva della libertà personale dell'Assicurato disposta per responsabilitá penale connessa ad incidente stradale verificatosi all´estero.
L´anticipo viene concesso previa esibizione di adeguate garanzie della restituzione dell´importo mutuato a titolo di cauzione. L´anticipo è da rimborsare a ROLAND entro un mese decorrente dalla data di pagamento effettuato da ROLAND.

Art. 6 - Tutela legale per pedoni, ciclisti o trasportati di veicoli

La copertura opera per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni in caso di incidente stradale, se la persona assicurata viene coinvolta in qualità di pedone, ciclista, conducente di un veicolo a motore su terra per i quali non esiste l´obbligo di una assicurazione RC o trasportati di veicoli su terra.

Art. 7 Esclusioni per l´assicurazione nell´ambito della circolazione stradale

Ad integrazione dell´art. 11 CTG la copertura di cui agli art. 4, 5, 6 è esclusa:

(1) quando il conducente assicurato non è autorizzato alla guida del veicolo;

(2) quando il conducente assicurato venga contestato di avere compiuto un illecito penale o una contravvenzione in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicofarmaci e/o sia stato condannato per queste ragioni; lo stesso vale se gli viene contestato di non avere rispettato i suoi obblighi secondo l´art 189 del Codice della Strada (fuga del conducente dopo l´incidente e/o omissione di pronto soccorso).
Nel caso di assoluzione o proscioglimento con decisione passata in giudicato, delle contestazioni sopra indicate, ROLAND si assume le spese per la difesa. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi motivo;

(3) quando il conducente assicurato ha guidato il veicolo senza idonea abilitazione e/o senza patente e/o senza certificato di idoneità alla guida;

(4) nel caso il veicolo sia sprovvisto di assicurazione R.C. Auto o venga usato in modo diverso da quello indicato sulla carta di circolazione;

(5) nel caso in cui il sinistro insorga in conseguenza di fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI.

Art. 8 - Tutela legale del bene immobile

Valida se espressamente indicata nel modulo di polizza e solo dopo la corresponsione del relativo premio.

(1) La copertura opera

(a) per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;

(b) per la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie nascenti da effettive o presunte inadempienze contrattuali, inclusi i contratti di locazione per i quali l'Assicurato e conduttore, proprie o di controparte, a condizione che il valore di lite sia superiore a euro 100,00 ed inferiore a euro 50.000,00;

(c) per la salvaguardia degli interessi giuridici nel caso di controversie relative a diritti reali;

(d) le spese per la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

(e) In deroga all´art.11 (i) CTG la copertura comprende anche la salvaguardia degli interessi giuridici per procedimenti arbitrali, che vengono eseguiti limitatamente alle controversie di cui all´art. 8 punto 1 lettere a), b) ed c) delle presenti condizioni.
Per ogni procedimento arbitrale ROLAND sostiene i costi della procedura fino ad euro 5.000,00, a condizione che la controversia venga risolta nell´ambito del procedimento arbitrale.

In deroga all'art. 5 CTG , ROLAND si assume solo le spese per l'arbitro e per gli avvocati nei limiti sopra descritti.

(2) Esclusioni

Ad integrazione dell´art. 11 CTG la copertura non vale,

(a) per le controversie fra comproprietari immobiliari, fra altre persone con diritti reali sull´oggetto assicurato oppure fra proprietari condominiali per cose communi;

(b) per costruzioni, ristrutturazioni immobiliari per le quali sia necessaria la concessione edilizia rilasciata dal Comune.

ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Deutz-Kalker Straße 46
50679 Colonia

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE PER LA TUTELA LEGALE CTG

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione per la Tutela Legale e Norme applicabili

ROLAND, **alle condizioni e per le garanzie indicate in polizza**, assicura al Contraente/Assicurato la possibilità di salvaguardare i propri diritti assumendo le spese necessarie a tale fine (Tutela Legale).
Alla polizza si applicano le presenti Condizioni Generali nonché, ove previsto, le Condizioni Speciali; per quanto non diversamente disciplinato, si applicano le disposizioni del diritto italiano.

Art. 2 Attività assicurate

La garanzia assicurativa è operante esclusivamente con riferimento a sinistri riconducibili all'esercizio dell'attività del Contraente e delle società coassicurate. L'attività assicurata è quella che si rileva da:

- **voce specifica prevista in polizza;**
- **oggetto sociale;**
- **visura camerale; ogni attività funzionale al raggiungimento dell'oggetto sociale.**

In caso di attività professionali vale l'attività riportata in polizza e quanto indicato nelle norme/prescrizioni che disciplinano la relativa attività professionale.
Se il Contraente è una persona fisica, vale quanto indicato in polizza, fatto salvo quanto previsto nella sua procura, nel suo contratto e/o nel suo mandato.

Se, successivamente alla stipula del contratto, il Contraente o la società coassicurata modifica-no l'attività tutelata nel contratto d'assicurazione o ne aggiungono una ulteriore, la garanzia si estende immediatamente anche a questa, **nei limiti del contratto.**
Entro la prima scadenza annuale successiva alla variazione,
questa dovrà essere portata a conoscenza di ROLAND per iscritto ai fini della modifica/ **integrazione del contratto.**
In mancanza di tale comunicazione trova applicazione l'art. 9 (1).

ROLAND comunica quindi l'eventuale aumento del premio a seguito della variazione comunicata. Trascorsi 30 (trenta) giorni dal ricevimento da parte del Contraente della comunicazione del nuovo premio, senza manifestazioni contrarie, il nuovo premio si intenderà accettato.

Al rinnovo della polizza, resta comunque salva la facoltà di ROLAND di rifiutare la copertura per la nuova attività. I sinistri insorti fino al momento di tale rifiuto da parte di ROLAND sono coperti ai sensi di polizza.

Art. 3 Società coassicurate

(1)
Se il Contraente è una società/ente, sono in modo automatico assicurate le sedi secondarie, **se non si tratta di persone giuridiche autonome**, della società/ente Contraente in Italia e all'estero, **nei territori pattuiti in polizza. In tutti gli altri casi sono coassicurate le società/enti solo se pattuito in polizza.**

(2)
Se la copertura ricomprende l'inclusione di coassicurate e, se successivamente alla stipula del contratto il Contraente o la società coassicurata **costituiscono o acquisiscono altre società, la copertura assicurativa si estende a queste ultime, alle seguenti condizioni:**

a) **le nuove società abbiano sede nel territorio pattuito in polizza;**
b) **le nuove società entrino nel bilancio consolidato del Contraente.**

Lo stesso vale nel caso di fusione di società coassicurate con altre società, fatto salvo i precedenti punti a) e b).

Quanto indicato al presente punto (2) si applica ai sinistri insorti dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di efficacia della costituzione/acquisizione/fusione.

Nel caso in cui una società dovesse già beneficiare di una polizza di Tutela Legale trova applicazione, per quanto compatibile, il contenuto degli artt. 26 e 27.

(3)
In deroga all'art. 9 (2), entro la prima scadenza annuale successiva alla variazione, le modifiche dovranno essere portate a conoscenza di ROLAND per iscritto ai fini della modifica/integrazione del contratto e per l'eventuale rideterminazione del premio e delle condizioni.

Resta comunque salva la facoltà di ROLAND di rifiutare la prosecuzione della garanzia assicurativa per le nuove società dal momento del ricevimento di tale comunicazione. I sinistri insorti fino al momento di tale rifiuto da parte di ROLAND sono coperti ai sensi di polizza.

In mancanza della comunicazione relativa alla modifica, trova applicazione l'art. 9 (1).

(4)
Se una società coassicurata viene venduta vale quanto segue:
previa valutazione di ROLAND, in base all'art. 27, può essere pattuita continuità con la polizza ROLAND con la quale era precedentemente coassicurata, **purché l'ordine per la nuova polizza ROLAND pervenga entro tre mesi dalla cessione.**
Il nuovo contratto avrà le medesime garanzie delle quali beneficiava la Società ceduta, fermo quanto stabilito dall'art. 27.
Indipendentemente dalla stipula di una copertura successiva, le garanzie assicurative continuano per le persone assicurate dalla polizza ROLAND del Contraente **per le attività prestate presso la società venduta/fuoriuscita,** per i sinistri insorti durante il periodo in cui la società era coassicurata.

(5)
Lo stesso vale nei casi di fusione del Contraente con altra società o cessione/affitto di ramo d'azienda.

(6)
Alle società coassicurate si applicano, inoltre, le seguenti disposizioni:

a) vengono applicate le medesime condizioni contrattuali pattuite con il Contraente, salvo diverse disposizioni;

b) le manifestazioni di volontà in merito alla polizza spettano esclusivamente al Contraente e a ROLAND;

c) solo il Contraente risponde dei premi assicurativi;

d) il Contraente può opporsi alla garanzia assicurativa a favore delle coassicurate, qualora nei confronti di queste ultime vengano elevate contestazioni per atti o omissioni diretti contro gli interessi del Contraente;

e) fatta salva ogni altra previsione contrattuale, la garanzia assicurativa sussiste nella misura e per il tempo in cui la prestazione della stessa non è vietata all'assicuratore da norme di legge estere. Per il caso in cui, in base a questa regolamentazione, persone, filiali o società partecipate assicurate non abbiano diritto alla garanzia assicurativa e il Contraente le manlevi dai costi sostenuti di conseguenza, la garanzia assicurativa comprende il rimborso di tali costi sostenuti dal Contraente fino alla misura massima delle spese assicurate.

Art. 4 Persone assicurate

Assicurati sono i soggetti indicati in polizza. Le persone fisiche indicate in polizza sono assicurate nell'espletamento delle loro funzioni/mansioni svolte a favore del Contraente e/o delle società/enti coassicurate.

Alle persone assicurate vengono applicate le medesime condizioni contrattuali pattuite con il Contraente.

Il Contraente può opporsi alla garanzia assicurativa delle persone assicurate. Sono altresì assicurate le persone che non si trovano più al servizio del Contraente o delle società coassicurate, in caso di sinistri insorti in corso di validità della polizza ROLAND (o di altra precedente, se è prevista la clausola di continuità) e riconducibili a fatti accaduti in corso di rapporto con il Contraente o con la società coassicurata. **In tali casi le garanzie di polizza saranno operanti purché il Contraente dia il proprio consenso scritto a ROLAND.**

Art. 5 Spese assicurate

ROLAND garantisce, alle condizioni e per le garanzie indicate in polizza, le spese legali nei limiti del massimale pattuito in polizza e ad esclusione delle voci non assicurate di cui all'art.12, per la tutela dei diritti dell'Assicurato nella fase stragiudiziale **(se non diversamente pattuito)** e nella fase giudiziale.

Gli indennizzi vengono liquidati in Euro.
Le spese sostenute in valuta diversa vengono rifuse in euro applicando il cambio in vigore il giorno in cui è stata sostenuta la spesa per la quale si richiede il rimborso.

Più precisamente sono ricompresi:

(1)
il compenso previsto dai parametri forensi o della normativa vigente, relativo all'attività di **un Avvocato liberamente scelto senza alcun limite territoriale. In caso di compensi calcolati in modo diverso, vi sarà copertura solo previo accordo o successiva ratifica di ROLAND sull'adeguatezza dei costi.**
Qualora l'Assicurato nomini un Avvocato non domiciliato nel circondario dell'Autorità Giudiziaria competente, ROLAND riconosce le spese sostenute dal legale per le trasferte necessarie per raggiungere la sede dell'autorità competente a decidere del procedimento.
La rifusione delle sopra citate spese avviene previo accordo o successiva ratifica di ROLAND.
Sempre nei limiti del massimale previsto per la garanzia colpita, vengono inoltre garantite per la fase giudiziale le spese di un secondo legale domiciliatario, **fino a euro 2.000,00 (o di diverso importo pattuito in polizza), ad esclusione delle spese che rappresentano un raddoppio perché relative ad attività già svolte ed esposte dal primo Avvocato.**
Per il pagamento dei relativi compensi si applica quanto stabilito al primo comma del presente punto (1).
In caso di vertenza instaurata all'estero, viene riconosciuto il compenso adeguato dell'Avvocato secondo quanto previsto dall'ordinamento giuridico di riferimento o dalla prassi di calcolo dei compensi in vigore nello Stato di riferimento;

(2)
in caso di vertenze dinnanzi a Giurisdizioni Speciali, il compenso di un ulteriore Avvocato iscritto in appositi albi speciali;

(3)
qualora per qualunque ragione l'Assicurato decida di revocare il mandato all'Avvocato per incaricarne un altro, ROLAND riconoscerà il compenso di quest'ultimo nella misura in cui non riguardi attività già svolte ed esposte dal precedente Avvocato.
Lo stesso vale analogamente in caso di revoca o cessazione del mandato da parte dell'Avvocato;

(4)
le spese liquidate giudizialmente a favore di controparte, **in caso di soccombenza;**

(5)
le spese di transazioni preventivamente autorizzate da ROLAND.
In caso di transazioni concluse senza il preventivo accordo di ROLAND, vengono tuttavia indennizzate le spese del Contraente/Assicurato con esclusione di quelle di controparte assunte

transattiva-mente e delle spese del Contraente/ Assicurato eventualmente assunte da controparte;

(6)
le spese dell'attività di Consulenti Tecnici d'Ufficio (C.T.U.) e di controparte, **se** l'Assicurato è obbligato giudizialmente ad assumersi tali costi;

(7)
le spese, a seguito di autorizzazione/ratifica di ROLAND, per l'attività di un Consulente Tecnico di Parte **liberamente scelto senza alcun limite territoriale.**
Qualora l'Assicurato nomini un consulente non domiciliato nel circondario dell'Autorità Giudiziaria competente, ROLAND riconosce le spese sostenute dal consulente per le trasferte necessarie per lo svolgimento della sua attività e per raggiungere la sede dell'autorità competente a decidere del procedimento in caso di una sua chiamata in tale sede.
Le spese del consulente di parte vengono riconosciute nei limiti del tariffario di riferimento; in mancanza trova applicazione il D.P.R. n. 115/2002 e ss.mm.ii..
In caso di vertenza instaurata all'estero, il compenso viene riconosciuto secondo quanto previsto dall'ordinamento giuridico di riferimento o dalla prassi di calcolo dei compensi in vigore nello Stato di riferimento;

(8)
qualora per qualunque ragione l'Assicurato decida di revocare il mandato al Consulente di Parte per incaricarne un altro, ROLAND riconoscerà il compenso di quest'ultimo nella misura in cui non riguardi attività già svolte ed esposte dal precedente Consulente.
Lo stesso vale analogamente in caso di revoca o cessazione del mandato da parte del Consulente;

(9)
le spese di mediazione finalizzata alla conciliazione di cui al D.Lgs. n. 28/2010 e ss.mm.ii. (spese di avvio e indennità del mediatore) nei limiti degli importi previsti dall'allegato "A" del D.M. n. 180/2010 e ss.mm.ii..
Se il mediatore si avvale di un suo consulente, ROLAND si fa carico fino al 50% del relativo compenso.
In caso di analoga procedura conciliativa instaurata all'estero, vengono riconosciute le spese di procedura nei limiti degli importi previsti dall'allegato "A" del D.M. n. 180/2010 e ss.mm.ii..
Per la procedura di mediazione sono altresì garantiti i compensi di un Avvocato previsti dall'ordinamento giuridico di riferimento o dalla prassi di calcolo dei compensi in vigore nello Stato di riferimento.
Nell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può dare mandato a un Avvocato diverso;

(10)
ROLAND provvederà al rimborso dell'I.V.A. relativa ai compensi di avvocati e consulenti, **qualora il Contraente/Assicurato dichiari di non essere autorizzato alla detrazione dell'imposta;**

(11)
le spese nei procedimenti speciali/d'urgenza di cui al IV libro del codice di procedura civile (esempio: procedimento d'urgenza ex art. 700 c.p.c.);

(12)
con la previa autorizzazione di ROLAND, le spese per accertamenti economico-finanziari su persone ed enti;

(13)
le spese relative alla notificazione di atti, nonché i costi relativi al procedimento di esecuzione forzata;

(14)
le spese di giustizia in ambito penale poste a carico dell'Assicurato;

(15)
le spese di registrazione della sentenza nonché le spese necessarie a ottenere una copia integrale della stessa;

(16)
le spese relative al contributo unificato;

(17)
i costi relativi ai primi tre tentativi d'esecuzione forzata avviati entro 5 (cinque) anni dopo il passaggio in giudicato del titolo esecutivo;

(18)
le spese sostenute in caso di negoziazione assistita di cui al Decreto Legge 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014 e ss.mm.ii.;

(19)
A seguito di autorizzazione/ratifica di ROLAND, le spese adeguate di un investigatore esterno (non facente parte, cioè, dell'organico del Contraente e/o coassicurato) nominato dall'Assicurato/ Avvocato - senza alcun limite territoriale - nel caso in cui tale nomina sia reputata necessaria, a supporto della difesa, dall'Avvocato incaricato. Quanto sopra vale anche in caso di vertenza instaurata all'estero.

Art. 6 Decorrenza della garanzia assicurativa e pagamento del premio

(1)
L'assicurazione ha effetto dalle ore **24 (ventiquattro)** del giorno indicato in polizza e **sussiste per i sinistri insorti come segue:**

(a) **dalle ore 24 (ventiquattro) del primo giorno di validità della polizza,** per richieste di risarcimento di danni extracontrattuali, per procedimenti penali e per l'opposizione contro sanzioni e misure amministrative;

(b) **fermo quanto previsto al successivo punto (2), tre mesi dal primo giorno di decorrenza della polizza**, per controversie di natura contrattuale. Se le controversie contrattuali vengono incluse in garanzia successivamente, il periodo di carenza **decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di inclusione** indicato nel documento contrattuale, **a condizione che il relativo premio sia stato pagato nei termini pattuiti.**

(2)
Ai sensi dell'art. 1901, comma 1, Cod. Civ., se il Contraente non salda il primo premio annuale o la prima rata del premio entro 30 (trenta) giorni dalla decorrenza prevista nella polizza, la garanzia resta sospesa e priva di efficacia fino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui il Contraente paga quanto da lui dovuto.

(3)
Se **alle scadenze convenute** il Contraente non paga i premi successivi, in deroga all'art. 1901, comma 2, Cod. Civ., **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento.**

(4)
Il contratto si risolve di diritto con effetto retroattivo dal momento della scadenza del premio annuo o dell'ultima rata, se ROLAND, in caso di mancato pagamento del premio annuo o dell'ultima rata, non agisce per la riscossione nel termine di 6 mesi dal giorno della scadenza di quel premio o di quella rata di premio (art. 1901, comma 3, Cod. Civ.), salvo accordi diversi.

(5)
In caso di emissione di appendice che comporta un aumento del premio, il Contraente deve effettuare il relativo pagamento entro il termine pattuito.

(6)
Nell'ipotesi di parziale pagamento del premio dovuto, in caso di sinistro, ROLAND decurterà dalle spese indennizzabili la percentuale risultante dal rapporto tra il premio saldato e quello dovuto dal Contraente.
Con il pagamento di quanto dovuto entro l'anno assicurativo di competenza o nel termine pattuito, il Contraente ripristina il suo diritto all'intera prestazione assicurativa.

(7)
Se, alla scadenza pattuita, il Contraente non paga il premio intero dovuto, ROLAND sospenderà la liquidazione di tutti i sinistri denunciati fino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui il Contraente effettuerà il pagamento del premio dovuto. In caso di pagamento parziale si applicheranno le disposizioni di cui al punto (6) di cui sopra.

Art. 7 Proroga del contratto di assicurazione

Se non diversamente pattuito, il contratto si proroga tacitamente per un anno in mancanza di

disdetta che deve essere inviata al destinatario almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. La disdetta deve avvenire esclusivamente tramite lettera raccomandata a/r o posta elettronica certificata (PEC).

Art. 8 Risoluzione anticipata o modifica del contratto - recesso

(1)

a) La polizza si risolve di diritto al verificarsi, nei confronti del Contraente persona fisica, di una delle seguenti fattispecie: decesso, interdizione o inabilitazione.

b) Se il Contraente è una persona giuridica, in caso di sentenza di fallimento o di richiesta di apertura di una qualsiasi procedura giudiziale concorsuale o di amministrazione controllata o straordinaria nei suoi confronti, il contratto si risolve di diritto, salvo diversa valutazione di ROLAND. Se la sentenza di fallimento o la richiesta di apertura ad altra procedura concorsuale riguarda una coassicurata, quest'ultima viene esclusa dalla copertura dalla data di sentenza di fallimento o dall'apertura di altra procedura concorsuale, salvo diversa valutazione di ROLAND. Quanto sopra si applicherá conformemente alle procedure corrispondenti in caso di modifiche legislative.

c) In caso di liquidazione volontaria del Contraente e/o delle società/enti coassicurati, il Contraente deve avvertire per iscritto ROLAND entro 30 (trenta) giorni dall'avvenuta delibera. In seguito ROLAND, ai sensi dell'art. 1898 del Cod. Civ., valuterà l'aggravio del rischio e l'eventuale prosecuzione del contratto.

d) Nei casi di risoluzione/recesso previsti dal presente articolo, esclusivamente per le persone giuridiche/enti, le azioni in corso proseguono fino all'esaurimento del relativo grado di giudizio, mentre quelle future non vengono in ogni caso prese in carico, con liberazione da parte di ROLAND da ogni ulteriore prestazione. Per le persone fisiche, le azioni in corso e quelle future non vengono in ogni caso prese in carico, con liberazione da parte di ROLAND da ogni ulteriore prestazione. Vengono comun-que indennizzate le spese legali maturate al momento del verificarsi della risoluzione/recesso del contratto.

(2)

Se l'oggetto dell'assicurazione viene a mancare del tutto o in parte - per motivi diversi dalla previsione del punto (1) - verrà meno la copertura assicurativa per l'oggetto cessato, se non diversamente pattuito. Se ROLAND viene a conoscenza del venir meno dell'oggetto dell'assicurazione dopo più di due mesi dall'evento, le spetta comunque il premio nella sua totalità fino al momento dell'avvenuta conoscenza.
Se ROLAND viene invece a conoscenza del venir meno dell'oggetto dell'assicurazione entro due mesi dall'evento, al Contraente spetta il rimborso del premio al netto dell'imposta assicurativa.

Art. 9 Dichiarazioni relative a circostanze di pericolo/aumento/diminuzione del rischio

(1)

Dichiarazioni inesatte, incomplete o reticenti del Contraente durante la negoziazione, la conclusione o durante la vigenza della polizza, relative a circostanze che influenzano la determinazione del rischio da parte di ROLAND o l'ammontare del premio, possono portare - ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 Cod. Civ. - alla totale o parziale perdita della garanzia assicurativa, oppure allo scioglimento del contratto.

(2)

Ai sensi dell'art. 1898 Cod. Civ., il Contraente è obbligato a dare immediato avviso a ROLAND di ogni aggravamento del rischio, salvo quanto previsto agli articoli 2 e 3.

(3)

Una volta a conoscenza di un fatto/una circostanza che giustifica un premio maggiore rispetto a quello pattuito, ROLAND ha la facoltà di richiedere modifiche al contratto compreso un premio maggiore, anche con effetto retroattivo. Il contratto si scioglie ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 Cod. Civ. qualora il Contraente, una

volta ricevuta la comunicazione da parte di ROLAND, non intenda accettare la proposta di modifica, da effettuarsi entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della stessa.
Sempre ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898, ultimo comma, secondo periodo, Cod. Civ., in caso di sinistro, ROLAND ha il diritto di prestare la garanzia in proporzione al rapporto tra il premio pattuito e quello effettivamente dovuto se il Contraente avesse comunicato il fatto/la circostanza in modo esatto e completo prima della conoscenza del fatto/della circostanza relativi all'aggravamento del rischio.

(4)
Se, dopo la conclusione del contratto, si verifica un evento che giustifica **un premio minore rispetto a quello pattuito, il Contraente può richiedere una diminuzione del premio dal momento del verificarsi di tale evento. Se il Contraente denuncia la circostanza oltre 30 (trenta) giorni dal suo verificarsi, il premio verrà diminuito solo dal momento del ricevimento della denuncia.**

(5)
Fermo quanto stabilito ai punti (1), (2), (3) e (4), ROLAND resta obbligata alla prestazione se il Contraente dimostra che l'inesattezza o l'omissione delle informazioni non sono dovute a suo dolo o colpa grave.

Art. 10 Variabilità del premio di assicurazione

(1)
Se il premio annuale di polizza è calcolato sulla base di parametri variabili (es.: n. addetti, fatturato, attività assicurate ecc.), il Contraente dovrà fornire i relativi dati entro un mese dalla data di scadenza. Conseguentemente il premio di rinnovo potrà subire un adeguamento.
Su richiesta di ROLAND, il Contraente fornisce i documenti che attestano i dati comunicati per l'aggiornamento del premio.

(2)
Se il Contraente non adempie a quanto indicato al punto (1), o fornisce le indicazioni richieste in modo incompleto o inesatto, ROLAND - in caso di sinistro - ha il diritto di prestare la garanzia in proporzione al rapporto tra il premio pattuito e quello effettivamente dovuto se il Contraente avesse comunicato quanto richiesto in modo esatto e completo.

Trova comunque applicazione quanto previsto dall'art. 9.

Art. 11 Esclusioni

(1)
La garanzia assicurativa non è operativa per le seguenti fattispecie:

(a) vertenze tra persone coassicurate nonché tra queste e il Contraente, se non diversamente pattuito;

(b) vertenze conseguenti a insurrezioni popolari, atti di guerra, occupazione militare, rivoluzioni, vandalismo o terrorismo, terremoti, maremoti, mareggiate, inondazioni, eruzioni vulcaniche, scioperi e serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive (quest'ultima esclusione non si applica per attività sanitarie/mediche);

(c) vertenze di natura amministrativa con Enti Pubblici ed Enti di Previdenza e Assistenza obbligato-ria/di categoria;

(d) vertenze riguardanti diritti d'autore, brevetto, marchio, proprietà intellettuale o esclusiva e diritto dei cartelli o concorrenza sleale;

(e)
- vertenze di diritto societario;
- vertenze tra organi, amministratori e/o soci di cooperative e consorzi inerenti qualsiasi materia;
- vertenze previste dal capo II° e III° Cod. Civ., per le associazioni, le fondazioni e i comitati;

(f) vertenze riguardanti contratti di agenzia **e con agenti/rappresentanti;**

(g) vertenze di diritto amministrativo, tributario, fiscale e doganale;

(h) vertenze riguardanti il diritto di famiglia, successioni e donazioni;

(i) arbitrati, se non diversamente pattuito;

(j) vertenze riguardanti l'art. 28 dello statuto dei lavoratori (comporta-menti antisindacali);

(k) vertenze in relazione alla compravendita, alla nuova costruzione o all'ampliamento di beni immobili;

(l) sinistri che l'Assicurato ha causato con dolo accertato in qualsiasi modo (art. 1900 Cod. Civ.);

(m) sinistri connessi al compimento di un reato doloso da parte dell'Assicurato, accertato in qualsiasi modo;

(n) se non diversamente pattuito, vertenze e procedimenti derivanti da o riguardanti il possesso, la proprietà o la conduzione di veicoli viaggianti su terra sottoposti per legge all'obbligo d'assicurazione per la responsabilità civile; sono altresì escluse le vertenze **inerenti alla conduzione, il possesso** o la proprietà di imbarcazioni o aeromobili;

(o) se non diversamente pattuito, vertenze riguardanti l'inosservanza o la violazione di obblighi contrattuali;

(p) vertenze contrattuali con i clienti;

(q) vertenze direttamente conseguenti all'acquisto, alla gestione o alla vendita di azioni, titoli di stato, obbligazioni e strumenti finanziari in generale;

(r) vertenze dinnanzi a Corti Costituzionali e a qualsiasi Corte Internazionale;

(s) vertenze con ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG e con le società del gruppo;

(t) vertenze conseguenti a procedure concorsuali/fallimentari aperte sul patrimonio del Contraente;

(u) vertenze inerenti l'acquisto, la vendita, l'affitto o l'usufrutto di aziende;

(v) controversie relative a contratti che, al momento della decorrenza della polizza ROLAND, siano già stati disdetti dal Contraente/ **coassicurato**, o dalla controparte o la cui rescissione, risoluzione o modificazione sia già stata richiesta da una delle parti.

Art. 12 Costi non assicurati

ROLAND non si assume:

(a) i costi assunti dal Contraente e/o dalle persone assicurate senza obbligo giuridico;

(b) le franchigie e gli scoperti pattuiti in polizza;

(c) **i costi per la difesa da pene pecuniarie penali/sanzioni di qualsiasi natura inferiori a euro 1.000,00;**

(d) i costi per la difesa di interessi legalmente tutelati risultanti da crediti o debiti trasferiti o che si trasferiscono in capo al Contraente/ Assicurato dopo il verificarsi del sinistro;

(e) i costi per la difesa di interessi legalmente tutelati fatti valere dal Contraente/Assicurato in nome proprio per richieste di altre persone o per responsabilità propria per obblighi di altre persone;

(f) le spese di costituzione di parte civile nel procedimento penale, se non diversamente pattuito;

(g) **la ritenuta d'acconto da versarsi a cura del sostituto d'imposta, in quanto ROLAND non riveste tale figura nel rapporto fra Contraente/Assicurato e professionista incaricato;**

(h) nei casi di procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione all'estero, i

costi dell'eventuale consulente nominato dall'organismo competente;

(i) il pagamento di sanzioni, ammende e pene pecuniarie imposte in via amministrativa o pene pecuniarie sostitutive di pene detentive;

(j) le spese collegate all'esecuzione di pene detentive e quelle per la custodia di cose.

Art. 13 Massimale

ROLAND paga per ogni sinistro fino al massimale pattuito. Tale principio trova applicazione anche quando ROLAND, in un unico sinistro, debba attuare pagamenti a più soggetti assicurati. In caso di più sinistri collegati temporalmente e/o causalmente, il massimale sarà a disposizione per un unico pagamento globale.

Art. 14 Sinistro - Insorgenza del sinistro - Sinistro unico

(1)
Si intende quale sinistro la vertenza civile, penale o amministrativa per la quale viene prestata la garanzia di polizza.

(2)
Il sinistro deve insorgere tra la data di efficacia e quella di cessazione della polizza.
Si intende quale insorgenza del sinistro:

(a) nel caso in cui si voglia far valere una pretesa di risarcimento del danno extracontrattuale, il momento del primo evento che fa sorgere il diritto al risarcimento del danno;

(b) in tutti gli altri casi, il momento in cui l'Assicurato o un altro soggetto ha o avrebbe iniziato a violare norme di legge od obblighi contrattuali. In presenza di più violazioni dello stesso tipo è determinante la prima violazione per stabilire l'insorgenza del sinistro.

(3)
Si intende quale sinistro unico:

(a) la tutela di interessi giuridici in caso di controversie instaurate da/ contro una o più persone assicurate che hanno ad oggetto pretese identiche o connesse;

(b) l'instaurazione di procedimenti istruttori o istanze volte all'instaura-zione di procedimenti penali contro una o più persone assicurate che si riferiscono allo stesso evento o alla stessa fattispecie.

Art. 15 Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro e nomina dell'Avvocato

(1)
In deroga all'art. 1913 Cod. Civ., il Contraente/Assicurato deve segnalare a ROLAND, per iscritto o anche verbalmente, il verificarsi del sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando diventa necessaria la salvaguardia dei suoi diritti, generando così spese legali.
La denuncia scritta, che può pervenire anche dall'Avvocato difensore, deve contenere la descrizione esatta e veritiera dell'evento, della data, del luogo, della causa, nonché delle conseguenze del sinistro, i nomi e gli indirizzi delle persone coinvolte e degli eventuali testimoni.

L'Assicurato è tenuto a fornire a ROLAND tutti gli atti e i documenti necessari per la definizione della pratica.
Inoltre, deve trasmettere a ROLAND copia di qualsiasi atto giudiziario a lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data di notifica.

Qualsiasi comunicazione può pervenire anche dall'Avvocato difensore.

L'inosservanza di tali obblighi può portare, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ., alla decadenza parziale o totale del diritto alla garanzia assicurativa.

Il termine prescrizionale previsto dall'art. 2952, comma 2, Cod. Civ., decorre da quando diventa necessaria la salvaguardia dei diritti dell'Assicurato, generando così spese legali.

Ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ., il Contraente/Assicurato deve segnalare, al momento della denuncia del sinistro, l'esistenza di altre polizze di Tutela Legale.

(2)
Contemporaneamente alla denuncia del sinistro, il Contraente/Assicurato può comunicare a ROLAND il nominativo di un Avvocato cui affidare la tutela dei propri diritti, fermo restando quanto stabilito all'art. 15 comma 1.
Se l'Assicurato non usufruisce del suo diritto di nomina del legale di fiducia, sarà ROLAND - su richiesta dell'Assicurato - a segnalare un Avvocato.
Anche in tal caso, **sarà sempre il Contraente/Assicurato a conferire mandato al legale.**
In nessun caso ROLAND risponde per l'attività di legali e consulenti in qualsiasi modo segnalati/incaricati.

Art.16 Gestione del sinistro

(1)
Dopo il ricevimento della denuncia del sinistro e su richiesta dell'Assicurato, ROLAND, da sola o avvalendosi di uno specialista da essa incaricato, tenta di risolvere in modo bonario la controversia.
Se il tentativo di componimento bonario non ha esito positivo o la soluzione prospettata non viene accettata dall'Assicurato per fondati motivi e se si individua un probabile successo della fase giudiziale, ROLAND autorizzerà/ratificherà l'instaurazione del relativo procedimento.
Limitatamente ai prodotti "ROLAND Azienda", "ROLAND Quadri/Dirigenti" "ROLAND Circolazione" e "ROLAND Professionisti", **la copertura per la fase giudiziale viene garantita senza previa valutazione della probabilità di successo**; per gli altri prodotti regolati dalle presenti condizioni, se si individua un probabile successo della fase giudiziale, ROLAND autorizzerà/ratificherà l'instaurazione del relativo procedimento.
Limitatamente alla difesa penale, la pratica verrà affidata direttamente all'Avvocato liberamente scelto dall'Assicurato senza valutare nel merito la probabilità di successo.

(2)
Esaurito il primo grado, **per i procedimenti assicurati in polizza** e sempre limitatamente ai prodotti "ROLAND Azienda", "ROLAND Quadri/Dirigenti", **"ROLAND Circolazione" e "ROLAND Professionisti"**, la garanzia assicurativa viene prestata in ogni caso per i successivi gradi di giudizio, senza previa valutazione da parte di ROLAND della probabilità di successo; **per gli altri prodotti regolati dalle presenti condizioni,** se si individua un probabile successo della fase giudiziale, ROLAND autorizzerà/ratificherà l'instaurazione del relativo procedimento.

La copertura assicurativa decade, con effetto retroattivo, solo nel caso in cui sia stato accertato definitivamente il dolo della persona assicurata per qualsiasi garanzia prevista in polizza.
In questo caso il Contraente, in solido con l'Assicurato, è obbligato a rifondere a ROLAND gli importi per spese legali già corrisposte.

(3)
Ai sensi dell'art. 174 del Codice delle Assicurazioni, in caso di divergenza di opinioni tra l'Assicurato e ROLAND circa la possibilità di successo di un'azione oppure di procedure d'impugnazione avanti le Autorità competenti o in caso di conflitto d'interessi, la controversia potrà essere devoluta a un arbitro che verrà nominato di comune accordo tra le parti; qualora tale accordo non venga raggiunto, l'arbitro verrà nominato dal Presidente del Tribunale competente per le controversie relative al contratto di Assicurazione.

(a) L'arbitro deciderà secondo equità e i costi della controversia arbitrale saranno sopportati dalla parte soccombente. Se le spese sono poste a carico di ROLAND, l'art. 11 (1) s) non trova applicazione.

(b) Qualora vi sia il rischio della prescrizione del diritto dell'Assicurato durante il procedimento arbitrale, egli può, a sue spese, intraprendere i necessari atti interruttivi della prescrizione.

(c) I costi di cui al precedente punto b) verranno rimborsati da ROLAND in caso di sua soccombenza nel procedimento arbitrale di cui sopra.

(4)
Alternativamente alla procedura arbitrale per i casi di cui al comma 3, ROLAND provvederà al rimborso delle spese legali del relativo grado di giudizio qualora il Contraente/Assicurato risulti vittorioso in misura maggiore rispetto al precedente grado di giudizio.
Pertanto, qualora il Contraente/Assicurato dovesse ottenere lo stesso o meno di quanto già ottenuto nel precedente grado di giudizio o nella fase stragiudiziale immediatamente precedente, non si procederà ad alcun indennizzo.

(5)
La garanzia assicurativa viene prestata anche per i successivi gradi di giudizio:

- qualora l'Assicurato sia risultato vittorioso **parzialmente o totalmente nel grado di giudizio precedente**;

- laddove l'Assicurato sia risultato **totalmente soccombente nel giudizio precedente**; in questo caso ROLAND provvederà al rimborso delle spese legali del relativo grado di giudizio qualora l'Assicurato risulti vittorioso in misura maggiore rispetto al precedente grado di giudizio. **ROLAND, limitatamente alla difesa penale dell'Assicurato, - una volta esaminata la documentazione - conferma la copertura** per i successivi gradi di giudizio **senza previa valutazione della probabilità di successo.**

(6)
Si precisa che nei procedimenti disciplinari, per i gradi successivi al primo, trova applicazione analoga quanto indicato al precedente comma 5.

(7)
Il conferimento di **incarico** a**l consulente tecnico di parte di cui all'art. 5 (7)** deve essere autorizzato/ratificato da ROLAND.

(8)
ROLAND conferma per iscritto la misura della prestazione assicurativa per il sinistro.

Se l'Assicurato intraprende iniziative per la tutela dei propri interessi prima di questa comunicazione e se per tale motivo vengono causate delle spese, ROLAND riconosce solo quelle che avrebbe rifuso in caso di conferma antecedente alle iniziative intraprese.

(9)
In caso di prestazione della garanzia l'Assicurato dovrà:

(a) collaborare attivamente con il professionista incaricato della tutela dei suoi diritti informandolo in modo completo e veritiero sulla situazione, indicandogli tutti i mezzi di prova, tutte le informazioni e fornendo tutta la documentazione necessaria;

(b) fornire a ROLAND, su richiesta, informazioni sullo stato della pratica **chiedendo eventualmente anche al professionista incaricato di procedere in tal senso**;

(c) a meno che i suoi interessi non vengano compromessi dovrà:
  – chiedere l'accordo di ROLAND prima di adire l'Autorità Giudiziaria o di proporre qualsiasi impugnazione, fatto salvo quanto previsto nei precedenti articoli;
  – prima di adire l'Autorità Giudiziaria, attendere il formarsi del giudicato di altri procedimenti giudiziari che possano in fatto o in diritto influire sul procedimento giudiziario da intentare;
  – evitare di porre in essere comportamenti che potrebbero aumentare le spese o rendere più difficile la loro rifusione da parte dell'avversario.

(10)
Per contenere il danno, il Contraente deve chiedere e seguire le raccomandazioni di ROLAND e le deve comunicare anche al suo Avvocato.

(11)
ROLAND presta comunque la copertura se la violazione degli obblighi di cui sopra non è causata da dolo. In caso di violazione per dolo, ROLAND resta obbligata qualora la violazione non le abbia causato un pregiudizio.

(12)
Le prestazioni assicurative della polizza possono essere cedute soltanto con il consenso scritto di ROLAND.
ROLAND, ai sensi degli artt. 1201, 1203 e 1916 Cod. Civ., è surrogata, fino alla concorrenza dell'importo corrisposto, in tutti i diritti dell'Assicurato verso terzi.
L'Assicurato, a sue spese, è tenuto, su richiesta di ROLAND, a consegnare tutta la documentazione necessaria e a esperire tutte le azioni indispensabili per consentire la surrogazione in tali diritti.

Art. 17 Riscossione di somme di denaro

(1)
Gli importi corrisposti dalla controparte a titolo di capitale, risarcimento del danno e interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato.

(2)
Se l'Assicurato dovesse recuperare importi anticipati da ROLAND, lo stesso è obbligato alla restituzione nel termine di 60 (sessanta) giorni dalla data di recupero.

Art. 18 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno da ogni pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o ROLAND possono recedere dalla polizza esclusivamente mediante raccomandata a/r o posta elettronica certificata (PEC) con preavviso di 30 (trenta) giorni. In questo caso il Contraente ha diritto al rimborso della parte di premio - al netto dell'imposta assicurativa - per il periodo d'assicurazione non ancora trascorso.

Art. 19 Periodo di postuma per la denuncia di sinistri dopo la cessazione del contratto

La copertura assicurativa sussiste per i sinistri insorti durante la validità della polizza ROLAND e denunciati a ROLAND entro 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della polizza. Se la polizza ha una durata complessiva superiore a tre anni, il periodo di cui sopra si estende a 36 (trentasei) mesi dalla cessazione del contratto.

Art. 20 Ambito di validità territoriale

Sussiste copertura assicurativa per sinistri per i quali è data competenza giurisdizionale nei territori pattuiti in polizza.

Art. 21 Indicizzazione - adeguamento dei massimali, degli indennizzi e dei premi

(1)
Se previsto in polizza, il massimale, le indennità e i premi di polizza vengono determinati in base all'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati pubblicato dall'ISTAT, secondo i criteri che seguono:

(a) base per l'adeguamento durante l'anno sarà l'indice del mese di settembre dell'anno precedente;

(b) alla scadenza annuale il massimale, le indennità e i premi verranno aumentati o diminuiti in proporzione all'indice ISTAT;

(c) gli aumenti/le diminuzioni avranno validità dalla data di decorrenza della rata annuale di premio.

(2)
Se, in seguito a una modifica dell'indicizzazione il massimale, le indennità o i premi dovessero raddoppiare (rispetto agli importi inizialmente stabiliti), sia il Contraente che ROLAND possono rinunciare all'adeguamento della polizza. In questo caso valgono per il massimale, per le indennità e per i premi gli importi calcolati in base all'ultimo adeguamento avvenuto.

(3)
In caso di ritardo o interruzione della pubblicazione dell'indice, ROLAND propone un adeguamento corrispondente alle modificazioni dei prezzi generali e alle variazioni conosciute dall'ultimo adeguamento avvenuto. Il Contraente ha tuttavia la facoltà di rinunciare all'adattamento proposto.

Art. 22 Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente, anche se sono stati anticipati da ROLAND.

Art. 23 Modifiche al contratto d'assicurazione

La polizza può essere modificata solamente per iscritto.
In caso di emissione di appendice, quanto in essa previsto, salvo diverso accordo, si applica dalle ore 24 **(ventiquattro)** del giorno di efficacia indicato nell'appendice stessa.
In caso di sinistro, il contenuto della appendice trova applicazione relativamente ai sinistri insorti dopo la data di efficacia dell'appendice.

Art. 24 Foro competente

Foro competente per decidere le controversie relative all'applicazione della polizza è esclusivamente quello di Milano. Qualora il Contraente sia un consumatore come definito dal Codice del Consumo, il foro competente sarà quello di residenza del Contraente.

Art. 25 Ordinamenti giuridici esteri

Se non diversamente previsto in polizza, la copertura assicurativa si estende alle fattispecie previste dalle normative estere, per quanto queste ultime siano corrispondenti alla normativa italiana oggetto della copertura della polizza in specie.

Art.26 Clausola di continuità

Se il contratto subentra senza soluzione di continuità temporale ad un'altra polizza di Tutela Legale stipulata a favore del Contraente/società e/o ente coassicurato/ assicurato trova applicazione quanto segue:
la copertura assicurativa si estende altresì agli eventi assicurativi insorti durante la validità della precedente polizza di assicurazione accesa presso la compagnia indicata nella polizza ROLAND e dei quali il Contraente venga a conoscenza per la prima volta dopo la cessazione del contratto presso il precedente Assicuratore.

Quanto sopra a condizione che si verifichino contestualmente tutti i seguenti presupposti:

1. **la polizza ROLAND abbia continuità temporale, ovvero segua senza alcuna interruzione la polizza del precedente assicuratore, indicato nella polizza ROLAND;**

2. **il sinistro venga obbligatoriamente denunciato a ROLAND entro la durata della polizza ROLAND;**

3. **l'assicuratore precedente indicato nella polizza ROLAND abbia respinto il sinistro per tardiva comunicazione, ossia oltre il periodo di denuncia di sinistro previsto dopo la cessazione del precedente contratto, e non per altri motivi;**

4. **l'Assicurato abbia denunciato tempestivamente il sinistro al precedente assicuratore.**

Di conseguenza, ROLAND avvierà la gestione del caso applicando le condizioni della polizza ROLAND, a condizione che la fattispecie denunciata rientri nelle garanzie previste sia nella polizza del precedente assicuratore che in quella di ROLAND, senza applicazione di alcuna carenza contrattuale in deroga all'Art 6 (1) b).
Nel caso in cui la polizza precedente preveda continuità con altre polizze, si intende adempiuto quanto previsto al punto 1.

I punti 3 e 4 decadono se l'Assicurato viene a conoscenza dell'evento assicurativo per la prima volta dopo il periodo di denuncia di sinistro previsto dopo la cessazione del precedente contratto o se il precedente contratto non prevede alcun periodo di denuncia di sinistro previsto dopo la cessazione del contratto.

Il Contraente si obbliga a fornire a ROLAND, in sede della richiesta d'offerta, le seguenti informazioni:

- nominativo della Compagnia precedente;
- numero di polizza;
- condizioni che regolano il precedente contratto ed eventuali appendici;
- situazione dei sinistri denunciati/ liquidati/riservati/respinti/chiusi senza seguito degli ultimi tre anni, suddivisi per tipologia.

In mancanza di tali informazioni trova applicazione quanto indicato all'art. 9 (1), (3) e (5).

Art. 27 Continuità con altre polizze ROLAND

Nel caso in cui il nuovo contratto subentri senza soluzione di continuità temporale a un'altra polizza stipulata con ROLAND a favore del Contraente/società e/o ente coassicurato/assicurato trova applicazione quanto segue:

Il contratto dà continuità di copertura alla polizza stipulata con ROLAND.

Quanto sopra **a condizione che la persona assicurata risulti esserlo sia con la nuova polizza ROLAND che con quella precedente e che il sinistro colpisca una garanzia assicurata sia con la nuova polizza sia con quella/e precedente/i.**

In questi casi si applicano le condizioni in vigore al momento della denuncia del sinistro senza alcuna carenza contrattuale in deroga all'art. 6 (1) b).
Quanto previsto dal presente articolo si applica anche nel caso in cui un Assicurato beneficiario di polizza ROLAND possa usufruire di un'altra polizza già in essere con ROLAND.

Art. 28 Clausola di salvaguardia

Nel caso di aggiornamento delle condizioni, con modifiche del contenuto che non generano un sovrappremio, le stesse avranno efficacia **dalla data della loro pubblicazione e varrà quanto segue:**

- qualora il contenuto delle nuove condizioni fosse più favorevole per la gestione di un sinistro e/o del contratto, ROLAND applicherà le nuove condizioni;

- qualora il contenuto delle precedenti condizioni fosse più favorevole per la gestione di un sinistro e/o del contratto, ROLAND applicherà le vecchie condizioni.

Quanto sopra vale anche nel caso in cui i documenti contrattuali dovessero riportare il vecchio normativo.

Quanto sopra vale esclusivamente per i sinistri denunciati dalla data di efficacia delle nuove condizioni.

Art. 29 Clausola in presenza di intermediario

Se il Contraente ha affidato la gestione del contratto a un Intermediario iscritto nelle sezioni A, B o D del R.U.I., così come richiamato in polizza, e che abbia un accordo di collaborazione in vigore con ROLAND, trova applicazione quanto segue:
tutta la gestione del contratto è affidata all'Intermediario, salvo relativa clausola di precisazione inserita in polizza e approvata per iscritto dalle parti. Comunicazioni dell'Assicurato si danno per conosciute a ROLAND quando sono pervenute all'Intermediario. Quest'ultimo è obbligato alla loro immediata trasmissione a ROLAND.
Tuttavia, richieste, manifestazioni di volontà e denunce dell'Assicurato volte a determinare, concludere, modificare l'ambito di copertura della polizza o riguardanti obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, valgono solo dal momento in cui queste pervengono effettivamente a ROLAND.
Se, durante la vigenza del contratto, il Contraente dovesse revocare l'incarico della gestione assicurativa all'Intermediario indicato in polizza, la gestione del contratto potrà continuare purché venga fornito regolare incarico sottoscritto dal Contraente e che il nuovo Intermediario abbia un accordo di collaborazione con ROLAND.
Nel caso di cessazione del contratto assicurativo, nell'ipotesi di revoca dell'incarico all'Intermediario indicato in polizza, la gestione e denuncia di eventuali sinistri potrà continuare con il nuovo Intermediario, anche se non ha un accordo di

collaborazione, purché venga trasmesso a ROLAND l'incarico sottoscritto dal Contraente.

sara assicurazioni
Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Società del Gruppo Sara

Contratto di assicurazione infortuni collettivo

Infortuni cumulativa

Modello: 161COL **Edizione:** 11/2017

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SINF161A **Edizione:** 01/2019

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco

Polizza Infortuni

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Sara Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: Infortuni cumulativa**

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

Che tipo di assicurazione è?
Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni.

Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
- ✓ delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- ✓ di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:
- ✓ l'asfissia non di origine morbosa;
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento od il congelamento;
- ✓ la folgorazione;
- ✓ le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione delle malattie di cui gli insetti siano portatori necessari;
- ✓ i colpi di sole, di calore o di freddo;
- ✓ gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- ✓ gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- ✓ gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:
- ✓ su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- ✓ su aeromobili di Aereoclubs;
- ✓ su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione o da atti di terrorismo che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra, guerriglia o l'insurrezione.

Che cosa non è assicurato?

- × Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:
- ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio - salvo quanto disposto dalla garanzia rischio volo;
- ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni, da suicidio o tentato suicidio;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! da guerra (dichiarata e non) guerriglia o insurrezione, salvo quanto disposto dalla garanzia stessa;
- ! da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:
- ! dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore. Si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali ad esempio autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.Lgs. 7 settembre 2005 n.209 e successive modificazioni;
- ! dalla pratica dello sport del paracadutismo, nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- ! dalla pratica dei seguenti sport: bob, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci estremo o acrobatico o scialpinismo, kite-surf, alpinismo o scalata di rocce o ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco e/o svolti "in solitaria", Free Climbing (arrampicata libera o "in solitaria"), salto con l'elastico nel vuoto, gare di sci in discesa libera, speleologia, pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni subacquee con autorespiratore, snowboard, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate (rafting).
- ! dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri, ciclistiche, sciistiche, arti marziali, triathlon;
- ! di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata. Rientrano in tale definizione anche le attività sportive ove l'assicurato percepisca una qualunque forma di retribuzione diretta od indiretta (come ad esempio: rimborsi spese in forma forfettaria, premi in denaro, sponsorizzazioni, benefit).

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quelle di origine traumatica, secondo quanto previsto dalle "Lesioni speciali"

Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (con particolare riferimento al cambio di attività professionale dichiarata) e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.
Altre assicurazioni - Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.
Il premio di polizza può essere annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali senza oneri aggiuntivi. E' altresì prevista la possibilità di effettuare il versamento di un premio unico anticipato per le polizze di durata inferiore all'anno.
Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
d) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.
Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. Il premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore per ciascuna garanzia.

Quando inizia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.
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, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..
Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.
Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile.
Dopo ogni sinistro, denunciato e indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.
Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

sara assicurazioni
Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Società del Gruppo Sara

Contratto di assicurazione infortuni collettivo

Infortuni cumulativa

Condizioni di Assicurazione

Modello: 161COL **Edizione:** 11/2017

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

INDICE

Definizioni	pag.	3
NORME CHE REGOLANO:		
- L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	pag.	4
- L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	pag.	6
CONDIZIONI PARTICOLARI	pag.	12

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto, contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico della contraente o dell'Assicurato

Definizioni

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Beneficiari: gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Fatturato Netto: l'importo risultante dal bilancio alla voce "Ricavi delle vendite e delle prestazioni" conseguito da tutti gli Assicurati coperti dalla presente Polizza nell'annualità (o nel periodo assicurativo se di durata inferiore all'anno) di efficacia dell'Assicurazione al netto di (salvo diversa contrattualizzazione):
- Fatturazione tra gli Assicurati (Intercompany)
- I.V.A. od equivalenti imposte locali applicabili

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenute con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività dichiarate in polizza;

Indennizzo: la somma dovuta alla Società in caso di sinistro;

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

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

Invalidità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: l'ospedale o la clinica universitaria, la casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno, nonché la case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

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

Polizza: i documenti che provano l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Ricovero: la permanenza in Istituto di cura con pernottamento, documentata da cartella clinica;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Retribuzioni Lorde: tutto ciò che i Prestatori di Lavoro ricevono dall'Assicurato a compenso dell'opera prestata (al lordo di ogni trattenuta) e/o gli importi (esclusa I.V.A.) pagati dall'Assicurato a soggetti terzi, regolarmente abilitati ai sensi di Legge, quale corrispettivo per l'utilizzo degli stessi e/o l'ammontare dei compensi degli amministratori, dei soci, dei familiari coadiuvanti e degli associati in partecipazione, denunciati ai fini della determinazione del Premio I.N.A.I.L..

Scheda di polizza: il documento - Mod. 161/A - che riporta gli elementi essenziali dell'assicurazione, quali i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni del Contraente, il premio, i dati identificativi del rischio assicurato, le eventuali Condizioni Particolari e Aggiuntive, la sottoscrizione delle Parti;

Scoperto: l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

Società: la SARA Assicurazioni S.p.A.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

1. Norme che regolano l'assicurazione in generale

1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C. C..

1.2 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O PER CONTO ALTRUI
La presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui; in tal caso gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C..

1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.
In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.
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, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..
Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

1.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

1.6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accertati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C. C..

Qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel simplo di polizza mod. 161A, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:
IN MISURA INTEGRALE, se l'attività svolta al momento del sinistro corrisponde ad una classe professionale uguale od inferiore a quella dichiarata;
NELLA PERCENTUALE INDICATA NELLA SOTTOSTANTE TABELLA, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.
Al fine della valutazione del grado di rischio inerente le varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall' "Elenco delle attività professionali" (Allegato 1).

Qualora al momento del sinistro l'attività effettivamente svolta dall'Assicurato risulti differente da quella indicata in polizza e risulti tra quelle elencate nella classe professionale "R.D.", non verrà corrisposto alcun indennizzo in quanto tali attività risultano assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società.
Per la classificazione di attività eventualmente non citate nell' "Elenco delle attività professionali" saranno utilizzati criteri di equivalenza od analogia ad attività elencate.

		Attività indicata nel modulo di polizza			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Attività al momento del sinistro	Classe A	=	=	=	=
	Classe B	85 %	=	=	=
	Classe C	67 %	80 %	=	=
	Classe D	55 %	65 %	65 %	=

1.7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO
Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C. C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato e indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Se il contratto prevede il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel quale caso esso coincide con la durata del contratto.

1.10 - ONERI FISCALI

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

1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.12 – MEDIAZIONE

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

Denominazione	Riferimenti
1 Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane	www.camcom.gov.it
2 ADR Center	www.adrcenter.com
3 IFOAP concilia	www.ifoapconcilia.it

2. Norme che regolano l'assicurazione infortuni

2.1 - RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:
a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) l'annegamento;
d) l'assideramento od il congelamento;
e) la folgorazione;
f) le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione delle malattie di cui gli insetti siano portatori necessari;
g) i colpi di sole, di calore o di freddo;
h) gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
i) gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
j) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi indicati ai successivi punti 2.3 "Rischio volo"e 2.4 "Rischio guerra, guerriglia e insurrezione", nei limiti e con le modalità ivi precisate.

2.2 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:
a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio - salvo quanto disposto dal successivo art. 2.3;
c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni, da suicidio o tentato suicidio;
d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
f) da guerra (dichiarata e non) guerriglia o insurrezione, salvo quanto disposto dal successivo art. 2.4;
g) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:
h) dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore. Si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali ad esempio autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.Lgs. 7 settembre 2005 n.209 e successive modificazioni;
i) dalla pratica dello sport del paracadutismo, nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
l) dalla pratica dei seguenti sport: bob, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci estremo o acrobatico o scialpinismo, kite-surf, alpinismo o scalata di rocce o ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco e/o svolti "in solitaria" (cioè progressione su roccia e/o ghiacciaio senza l'assicurazione di un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni comunque compiute sino a livello EEA- Escursionisti Esperti con Attrezzatura compreso dalla Scala delle Difficoltà Escursionistiche), Free Climbing (arrampicata libera o "in solitaria"), salto con l'elastico nel vuoto, gare di sci in discesa libera, speleologia, pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni subacquee con autorespiratore, snowboard, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate (rafting).
m) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri, ciclistiche, sciistiche, arti marziali, triathlon;
n) di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata. Rientrano in tale definizione anche le attività sportive ove l'assicurato percepisca una qualunque forma di retribuzione diretta od indiretta (come ad esempio: rimborsi spese in forma forfettaria, premi in denaro, sponsorizzazioni, benefit).

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quelle di origine traumatica, secondo quanto previsto dal punto 2.6 "Lesioni speciali" che segue.

2.3 - RISCHIO VOLO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2.3, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:
- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di Aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.
La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.4 - RISCHIO GUERRA, GUERRIGLIA E INSURREZIONE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.2 lettera f) sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione o da atti di terrorismo che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra, guerriglia o l'insurrezione.
La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.5 – INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITA' NATURALI
A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.
Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.
Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000,00 per tutti gli indennizzi.
Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

2.6 LESIONI SPECIALI

Ernie traumatiche
La garanzia comprende le ernie di origine traumatica; nel caso in cui l'ernia comporti intervento chirurgico la Società corrisponde una diaria di € 50 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 150 ed un massimo di € 800 per sinistro. Qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, la Società riconoscerà i postumi invalidanti fino al 2% della Invalidità permanente totale (senza applicazione di eventuali franchigie) e comunque con il massimo indennizzabile di € 1.500.

2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI
Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

2.8 - VALIDITA TERRITORIALE
L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Casi assicurabili e limitazioni

2.9 - MORTE
L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.
Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C. C..
Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

2.10 – INVALIDITA' PERMANENTE
a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo
riferimento ai valori delle menomazioni elencati nella tabella sotto riportata all'art. 2.11.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella di cui all'art. 2.11, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- Nel caso di minorazioni, anziché di perdita di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella succitata tabella, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni, di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella suddetta tabella e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra riportati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

2.11 - TABELLA: PERCENTUALI PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE

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%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%	
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito		
Anchilosi:			
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito		
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%	
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%	
- del polso in estensione rettilineacon pronosupinazione libera	10%	8%	
Paralisi completa:			
- del nervo radiale	35%	30%	
- del nervo ulnare	20%	17%	
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:			
- al di sopra della metà della coscia	70%		
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%		
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%		
Perdita anatomica o funzionale di:			
- un piede	40%		
- ambedue i piedi	100%		
- un alluce	5%		
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%		
- falange ungueale dell'alluce	2,5%		
Anchilosi:			
- dell'anca in posizione favorevole	35%		
- del ginocchio in estensione	25%		
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%		
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgalica	15%		
Sordità completa di:			
- un orecchio	10%		
- ambedue gli orecchi	40%		
Stenosi nasale assoluta:			
- monolaterale	4%		
- bilaterale	10%		
Perdita anatomica di:			
- un rene	15%		
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%		
Paralisi completa:			
- del nervo sciatico popliteo esterno	15%		
- Esiti di frattura scomposta di una costa	1%		
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:			
- una vertebra cervicale	12%		
- una vertebra dorsale	5%		
- 12° dorsale	10%		
- una vertebra lombare	10%		
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo:	2%		
Esiti di frattura del sacro	3%		
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%		
Perdita totale, anatomica o funzionale di:			
- un occhio	25%		
- ambedue gli occhi	100%		

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

2.12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA E DIFFERENZIATA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
d) quando l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 20% della totale la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c).

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

2.13 - INABILITA TEMPORANEA - FRANCHIGIA

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la relativa somma assicurata:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
b) al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

a) dall'ottavo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza per la parte di somma assicurata non eccedente € 50;
b) dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza, per la parte di somma assicurata eccedente € 50.

2.14 - RIMBORSO SPESE SANITARIE

Per la cura delle lesioni causate da infortunio la Società rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata - le spese effettivamente sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- visite mediche e specialistiche, consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- prestazioni infermieristiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rete di degenza;
- trasporto dell'assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro;
- cure mediche e trattamenti fisioterapeutici rieducativi;
- cure e protesi odontoiatriche rese necessarie da infortunio, con l'intesa che le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nella protesi sono rimborsabili fino a concorrenza di € 1.000,00 e non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

Per le prestazioni sanitarie sopra elencate che non risultino effettuate durante il ricovero in istituto di cura il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% delle spese indennizzabili, con un minimo non indennizzabile di € 150,00 per ogni infortunio. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali della documentazione medica, e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'assicurato, la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule , distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

2.15 - RICOVERO E CONVALESCENZA

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Società corrisponderà la somma assicurata:

a) per ciascun giorno di effettiva degenza e **per un periodo massimo di 180 giorni**, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione;
b) per ciascun giorno di convalescenza post-ricovero prescritta dal medico curante, con un massimo di giorni pari al numero dei pernottamenti in istituto di cura.

La durata massima dell'esborso per ricovero e convalescenza non potrà superare complessivamente 365 giorni per infortunio.

L'indennizzo non è cumulabile con la garanzia "Indennità di apparecchio gessato", se coesistenti si applica quanto previsto al successivo art. 1.16.

Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato, comprovate da documentazione medica, rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova, la somma assicurata prevista in polizza per la presente garanzia si intende maggiorata del 50%. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino, il Principato di Monaco e la Svizzera.

2.16 - APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, venga applicato all'Assicurato una gessatura, la Società corrisponde l'indennizzo giornaliero indicato nella scheda di polizza, fino alla rimozione del gesso, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate, **per un periodo massimo di 90 giorni.** Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno si considerano giorno unico.

Qualora detta garanzia sia coesistente con quella prevista dall'art. 1.14 "Ricovero e Convalescenza" nonché con l'indennità prevista dal successivo art. 1.16 "Inabilità Temporanea", le assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.

2.17 – RENDITA VITALIZIA
In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.
L'effetto della polizza emessa da SARA VITA avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di Invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuata dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.
La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

2.18 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO
In caso di sinistro deve darsi avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.
La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accertamento.
Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.
Per il rimborso delle spese sanitarie devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notula, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.
L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

2.19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'
La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.
Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un altro già minorato, le percentuali di cui alla Tabella riportata all'art. 2.11 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE
L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.
Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto che precede, debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio medico.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri componenti del Collegio nel verbale definitivo.

2.21 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO
Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

2.22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE
La Società rinuncia, a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

2.23 - INDICIZZAZIONE
Qualora dal frontespizio di polizza risulti che il contratto è soggetto ad indicizzazione ("Indicizzazione SI"), le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.
L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nella scheda di polizza mod. 161A, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della stipulazione, con quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.
Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.
Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Norme relative alla gestione del contratto

2.24 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni relative al contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax o P.E.C..

2.25 - VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE
L'assicurazione vale per le persone indicate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.
Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento e di incasso della relativa appendice. La cessazione di singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

2.26 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE
Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.
In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.
Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita.
Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.
Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.
Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di trenta giorni.

2.27 - COESISTENZA DI POLIZZA DI R. C.
Nel caso che il Contraente abbia in corso con la SARA Assicurazioni una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.

2.28 - REGOLAZIONE DEL PREMIO
Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili (numero di assicurati, retribuzioni, fatturato, km percorsi), esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo od alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza, necessari al calcolo del premio di regolazione, e cioè, a seconda del caso – indicato sul frontespizio di polizza – l'indicazione:

- del numero di assicurati complessivo che nel periodo assicurativo a cui la regolazione del premio si riferisce, che hanno usufruito, anche solo temporaneamente, della copertura assicurativa. Ai fini della regolazione del premio, **anche per le persone che subentreranno nella copertura assicurativa in corso del periodo assicurativo, sarà conteggiato un premio netto unitario riportato sulla scheda di copertura.**
A tale importo dovrà essere aggiunto un ulteriore importo pari al 10% a titolo di accessori più imposte. **Eventuali assicurati che nel corso del medesimo periodo assicurativo cessino di essere in copertura, saranno comunque conteggiati nel novero degli assicurati ai fini della regolazione del premio del periodo preso a riferimento.**
- delle Retribuzione Lorde (come da definizione) corrisposte ai Prestatori di lavoro;
- del Fatturato Netto (come da definizione);
- del numero di km percorsi.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni successivi alla emissione della relativa appendice.
Qualora il Contraente ometta di comunicare alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza necessari al calcolo del premio di regolazione, la Società considererà l'omessa dichiarazione dei dati di consuntivo una implicita dichiarazione di assenza di variazioni rispetto al valore preventivato.
Pertanto, entro 120 giorni dalla fine del periodo assicurativo, verrà emessa e perfezionata appendice di "regolazione a premio zero."

b) Premio anticipato
Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.
L'ammontare dell' elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c) Accertamenti e controlli
La Società ha diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

d) Sanzioni

1. Qualora, espletati i controlli di cui al punto c), risultasse dovuta una differenza attiva di premio a favore della Società, per i sinistri accaduti tra le ore ventiquattro del sessantesimo giorno dalla fine del periodo assicurativo e le ore 24 del giorno del pagamento del premio di regolazione, si applicherà quanto previsto al successivo punto 3)
2. Qualora per inesatte dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta.
3. Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce l'omessa dichiarazione di variazione o la dichiarazione inesatta, la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura. Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato più del dovuto.
4. Qualora ricorra quanto previsto ai precedenti punti 1) e 2), la Società ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

3. Condizioni particolari

valgono soltanto quelle espressamente richiamate in polizza

3.1 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI
A modifica dell'art.2.1 "Rischi assicurati" del presente contratto, la garanzia e'prestata limitatamente ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.
L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi o comunque un'attività lavorativa o di stage o studio o di volontariato presso/per conto di terzi con unorario di lavoro/attività, oggettivamente riscontrabile.

3.2 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI
A modifica dell'art.2.1 "Rischi assicurati" del presente contratto, la garanzia è prestata limitatamente ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vitacomune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività artigianale o comunque remunerata.L'assicurazione èprestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi o comunque un'attività lavorativa, con unorario di lavorooggettivamente riscontrabile.

3.3 - RISCHIO CONDUCENTE
A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.1 "Rischi assicurati" l'assicurazione si intende limitata ai soli infortuni automobilistici (intendendosi per tali quelli avvenuti a seguito di un incidente di circolazione occorso al veicolo indicato in polizza e per gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie da sosta forzata per la ripresa della marcia dell'auto, esclusa ogni altra causa o circostanza) unicamente nei confronti delle persone che si trovino a bordo del veicolo indicato in qualità di conducente, purché munito della prescritta abilitazione alla guida e con il consenso del Contraente o del proprietario.

3.4 - RISCHIO "IN ITINERE"
Ad integrazione della precedente Condizione Particolare 3.1 o 3.2 o 3.3 la garanzia siestende agli infortuni "in itinere" intendendosi per tale il rischiocollegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.
L'Assicurato si impegna tuttaviaa denunciare alla Società tutti gli infortuni che gli potessero occorrere, anche se esplicitamente esclusi dalla presente garanzia.

3.5 - AMMINISTRATORI - RISCHI DELLA CARICA
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli Assicurati nello svolgimento delle loro mansioni per conto del Contraente e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del Contraente, che l'infortunio si è verificato durante gli eventi sopra descritti.

3.6 - ADDETTI AI FABBRICATI
L'assicurazione è prestata in favore dell'addetto (o degli addetti) al fabbricato indicato in polizza con le mansioni ivi descritte, esclusivamente per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento dei suoi compiti all'interno delle strutture o dell'area di pertinenza del fabbricato ed anche all'esterno delle stesse qualora le mansioni a lui affidate dall'amministrazione immobiliare lo richiedano.
La garanzia vale soltanto per persone di età non inferiore a 18 anni.
Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.
Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'art. 2.19.

3.7 - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE A FAVORE DEL CONTRAENTE
Essendo il contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad esso possa derivare da un infortunio sofferto dalla persona assicurata, si conviene che l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società, impegnandosi pure a manlevare la Società stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.
In caso di sinistro il Contraente si impegna ad esibire documentazione attestante l'avvenuta presa visione ed assenso, di quanto sopra, da parte dell'Assicurato , pena decadenza della presente condizione.

3.8 - CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI
Qualora per esigenze aziendali il Contraente debba temporaneamente destinare un Assicurato a compiti diversi da quelli descritti in polizza sempreché rientranti nell'ambito della normale attività d'impresa, non si applicano le norme previste dall'art. 1.6 (Aggravamento del rischio).

3.9 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre società o con la Società stessa.

3.10 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA'
Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.
È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 2.19.
È parimenti confermato l'art. 2.7 "persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.

3.11 - GARANZIA INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE
A) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o - in caso di morte - i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea – in eccedenza all'indennizzo predetto, **fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 180.000,00 per persona.**
B) Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, **il maggior esborso a carico della Società non potrà complessivamente superare la somma di € 775.000,00.**
C) La presente estensione di garanzia è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, **ma non vale:**
- per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;
- se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;
- se l'infortunato è:
    1) ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;
    2) amministratore o socio del Contraente, se il Contraente è una società a responsabilità illimitata, nonché le persone che si trovino con lui nei rapporti di cui al precedente punto 1).

D) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.
La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a lui spettanti.

3.12 - ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI
Fermo quanto previsto dall'articolo 2.28 – "Regolazione del premio", per la determinazione delle somme assicurate e per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.
Il tasso di premio viene pattuito per ogni Euro di retribuzione computata, e riportato sulla scheda di copertura. Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.
Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta. Il Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione tenuti dal Contraente.

3.13 MALATTIE PROFESSIONALI (per garanzie Morte ed Invalidità Permanente)
1) La garanzia si intende estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio, che abbiano per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente. La garanzia può valere per una o entrambe le garanzie, a secondo se sono state selezionate in polizza.
2) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data della cessazione del rapporto stesso o dalla data della cessazione del servizio (se questa è anteriore alla scadenza del contratto).
3) sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali cardiovascolari e quelle tubercolari; vale inoltre l'esclusione prevista dall'art. 2.2 lett. g delle norme che regolano il contratto, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.
4) Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa sia di grado pari o inferiore al **20%** della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
5) In caso di controversia se la malattia sia stata riportata in servizio e per cause di servizio o se la stessa sia insorta o si sia manifestata nei termini previsti dal precedente punto 2), la competenza può essere demandata al Collegio arbitrale previsto dall'Art. 2.19 delle norme che regolano il contratto.
6) per malattia si deve intendere: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
7) Limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente, la garanzia si intende estesa, alle affezioni da **HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C"**, contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.
L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate.

Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio.
In caso di negatività il test per **HIV, EPATITE VIRALE "B" ed EPATITE VIRALE "C"**, dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di un anno dall'evento per il **solo caso di HIV.**

3.14 MALATTIE CONTRATTE PER CAUSA DI SERVIZIO (per garanzia Diaria da ricovero in istituto di cura)
In caso di ricovero dell' Assicurato in istituto di cura a seguito di malattia riportata in servizio e per cause di servizio e relativa esclusivamente allo svolgimento dell'attività descritta in polizza e per la quale viene prestata la presente Assicurazione, la Società corrisponderà all'Assicurato stesso, un'indennità giornaliera pari ad euro 5,00 (cinque) per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni, per sinistro ed anno assicurativo. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel computo dei giorni.
L'assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia.
In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.
Non danno diritto all'indennità:
- ricoveri che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula del contratto (o, nel caso di di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o sostituzione di polizza, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso) preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;
- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;
- le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;
- gli eventuali ricoveri conseguenti a contagio accidentale da virus H.I.V.;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana.

3.15 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA PERMANENTE SECONDO LE TABELLE INAIL
Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali riportate dalla tabella di cui all'art. 2.11 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3.16 - DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI
1) Per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.06.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).
2) Le percentuali di invalidità permanente stabilite nella tabella di cui all'art. 2.11 sono sostituite con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.
3) In deroga a quanto previsto dalla Condizione Particolare di cui all'art. 3.12, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione avente carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.
4) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
5) L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura maggiore del 10%.
Si intendono "malattie professionali" quelle riconosciute, per l'attività industriale esercitata dal Contraente, dal T.U. Infortuni sul lavoro citato e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, ferma l'esclusione delle lesioni da radiazioni atomiche di cui all'art. 2.2 lettera g).
Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.
Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.
6) Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 2.19 - renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.
7) Franchigie sulla invalidità Permanente.
In parziale deroga a quanto stabilito all'art. 2.12, si conviene quanto segue:
- la franchigia del 3% è annullata;
- la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente € 259.000,00;
- la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente € 388.000,00.

3.17 Forma con esclusione della franchigia iniziale
Qualora venga prescelta la presente condizione particolare, il disposto dell'art. 2.12 "Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente" viene abrogato e sostituito da quanto segue.

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:
a. sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;
b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
c. sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente .
d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

3.18 Forma con franchigia assoluta del 5%
Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.
La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:
Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

3.19 Forma con franchigia iniziale del 5% relativa al 15%
Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.
La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
b) sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
c) se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;
d) se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

Allegato 1
ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Classe Professionale A

Agenti :
- di cambio o di borsa od immobili
- di commercio
- di investigazione
- di pubblicità, teatrali, di collocamento, cinematografici
- di assicurazione

Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali
Antiquari senza restauro
Allevatori di animali che non prestano lavoro manuale
Amministratori
Archeologo che non partecipa a scavi
Architetti occupati prevalentemente in ufficio
Arredatori
Assistenti sociali (anche geriatrici)
Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale
Avvocati - Procuratori Legali
Badanti
Bambini età prescolare (0-5 anni)
Benestanti senza particolari occupazioni
Barbieri
Biologi senza uso di sostanze chimiche
Benestanti senza particolari occupazioni
Bigliettai
Call center (addetto)
Cancelliere
Casalinghe
Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)
Clero (esclusi missionari)
Commercialisti (liberi professionisti)
Consulenti aziendali
Corrieri (amministrativo)
Dentisti
Diplomatico
Dirigenti occupati solo in ufficio
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accesso a cantieri, ponti, impalcature, ecc.
Disegnatori occupati solo in ufficio
Distributori automatici di carburante (gestori) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Enologi ed enotecnici
Erboristi
Estetisti / Truccatori
Farmacisti
Figurinista
Fotografi anche all'esterno esclusi fotoreporter all'estero
Galleristi (galleria d'arte)
Geologi occupati solo in ufficio
Geometri occupati solo in ufficio
Giornalisti: cronisti e corrispondenti esclusi inviati all'estero
Hostess di terra
Igienista dentale
Impiegati amministrativi in genere
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
Ingegneri occupati solo in ufficio
Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale
Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Interpreti
Istruttori di teoria di scuola guida
Magazzinieri - senza impiego di mezzi di sollevamento
Magistrati - Giudici
Manicure
Massaggiatori
Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)
Militare (impiegato in ufficio mansioni amministrative no all'etero)
Musicisti
Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :
- abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
- articoli in pelle, calzature
- giocattoli, articoli sportivi

- cartolerie, librerie
- articoli od apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali
- rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
- tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari : per tutti, esclusa l'installazione
- frutta e verdura,
- casalinghi
- bar, caffè, bottiglierie
- animali
- articoli religiosi

Notai
Odontotecnici
Ostetriche
Parrucchieri da donna
Pedicure
Pensionati
Periti liberi professionisti
Pittori (no impalcature)
Pompe funebri (ufficio)
Promotori finanziari
Psicanalisti - Psicologi
Puericultrici
Revisore dei conti
Ricevitoria lotto
Sarti
Scrittori
Segretari comunali
Sociologi
Studenti
Vetrinisti

Classe Professionale B

Agenti marittimi (commissario avaria)
Agrimensori ed agronomi
Albergatori
Allenatori sportivi - Insegnanti di discipline sportive
Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (altri animali diversi da equini, ovini, suini)
Ambulanti
Animatori turistici / Disk Jockey
Antiquari con restauro (vedi restauratori)
Apicultori
Arbitri
Architetti che accedono anche ai cantieri
Armaioli (solo vendita)
Armatori
Attori, cantanti, direttori artistici
Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autoambulanze, autofficine
Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente
Bagnini
Bidelli
Bigiotteria (lavorazione)
Biliardi e biliardini, videogiochi (gestori di sale di)
Biologi con uso di sostanze chimiche
Callisti – podologi
Cameraman (no estero)
Camerieri
Cantinieri
Cappellai -Guantai
Casari
Cave a giorno : proprietari od addetti che non lavorano manualmente
Ceramiche, maioliche, porcellane (lavorazione)
Cesellatori
Cinematografi (operatori)
Commessi viaggiatori - Piazzisti
Concessionari auto-motoveicoli
Cordami (lavorazione)
Custodi / Guardarobieri / Uscieri
Decoratori, intonacatori, stuccatori - solo a terra
Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature
Disegnatori con accesso ai cantieri
Disinfestatori
Disoccupati

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

Distributori automatici di carburante (gestori) con manutenzione, lavaggio e simili
Dog Sitter
Domestici/e / Collaboratori Familiari
Ebanisti - Intarsiatori - Intagliatori di legno - Impagliatori (sedie - recipienti)
Esattori - Ufficiali giudiziari
Fattorini e messi
Fiorai
Fisioterapisti
Fornai
Fuochisti, addetti ad impianti di riscaldamento
Geometri che accedono anche ai cantieri
Giardinieri - Vivaisti - Orticultori
Gommisti
Guardiacaccia - Guardiapesca - Guardie campestri
Guide turistiche
Imballatori
Imbalsamatori
Impiegati tecnici
Indossatori/trici
Infermieri diplomati / Paramedici
Ingegneri che accedono anche ai cantieri
Insegne : installazione fino a 4 mt. da terra
Ispettori di assicurazione/bancari
Istruttore di pratica di scuola guida
Lavanderie, tintorie, stirerie (addetti)
Linotipisti, litografi
Liutaio
Macchine da scrivere, calcolatrici e computer (riparazioni)
Macellai (no macellazione)
Maestro di sci
Materassai
Mediatori in genere
Modellisti
Modisti - Magliaie - Bustaie - Camiciaie
Necrofori
Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articolo igienico-sanitari :compresa istallazione/ no antenne
- ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
- oreficerie, orologerie, gioiellerie
- panettiere, pasticcerie, gelaterie; per tutti compresa produzione propria
- salumerie, rosticcerie, pescherie
Orologiai (riparazione)
Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
Pastori
Pellicciai
Pittori : artisti su impalcature
Pompe funebri (trasporto)
Portavalori
Postini - Pony express
Pulizie, addetti (interni)
Rammendatrici - Ricamatrici
Registi cine/teatro/televisione
Restauratori in genere
Rilegatori di libri
Riparatori radio TV
Ristoratori (ristoranti, trattorie, pizzerie - proprietario ed addetti)
Sagrestano
Scenografo / Coreografo
Scultori (anche intagliatori)
Sindacalisti
Tappezzieri
Tessili (lavorazione)
Topografi
Uscieri - Portieri di stabili, di alberghi
Vasai
Veterinai
Vigili urbani (senza uso di armi)

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

Classe Professionale C
Accalappiacani
Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (equini, bovini, suini)
Analisti chimici
Antennisti (installatori di antenne RADIO - TV)
Ascensoristi
Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico
Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio, etc.
Barcaioli
Biciclette (vendite e riparazioni)
Borse e pelletterie (fabbricazione di)
Botanici
Bronzo e rame (lavorazione)
Calzolai
Canestri (fabbricazione di)
Cantonieri
Carrozzieri di autoveicoli
Cartiere (addetti)
Cave a giorno senza uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
Chimici (fabbricazione)
Collaudatori di autoveicoli - esclusi modelli da competizioneCorniciai
Corrieri con recapito
Cromatori e nichelatori
Cuochi
Cuoi e pellami (lavorazione)
Decoratori, intonacatori, stuccatori su impalcature o ponti
Elettrauto
Elettricisti che lavorano all'interno di edifici od a contatto con correnti a bassa tensione (600 V corrente continua e 400 V corrente alternata)
Floricoltori
Fonditori
Fabbri solo a terra
Fuochisti in impianti industriali
Galvanoplastica (addetti)
Geologi occupati anche all'esterno
Giornalai
Guardie notturne, giurate
Idraulici solo all'interno di edifici od a terra
Imbianchini (v. decoratori)
Impiegati con accesso a cantieri o ambienti con sostanze tossiche
Imprenditori edili che prendono parte a lavoro manuale
Insegnante di equitazione
Lucidatori (pelle, mobili, metalli)
Macellai (si macellazione)
Macchinisti di treno
Maniscalchi - Stallieri
Marinai
Marmisti solo a terra
Montatori meccanici
Materie plastiche (stampaggio di)
Meccanici
Mobili (fabbricazione di)
Mosaicisti solo all'interno dei prefabbricati
Mugnai
Netturbini - operatori ecologici
Pavimentatori e piastrellisti
Plastica - stampaggio lamiere plastiche
Pulizie, addetti (in esterni)
Riscaldamento - installazione e/o riparazioni
Saldatori (con lavorazione autogena od elettrica)
Scalpellini non in cava
Scaricatori portuale/doganale/mercati
Soffiatori di vetro
Specchi (lavorazione)
Strumenti musicali (fabbricazione)
Sughero (lavorazione)
Tipografi
Tornitori
Vulcanizzatori
Zincografi

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 008850910
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

Classe Professionale D
Agricoltori che prendono parte a lavori manuali
Archeologo che partecipa a scavi solo nell'ambito della Unione Europea
Armaioli (produzione, riparazione, preparazione cartucce)
Abbattitori di piante/boscaioli
Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico
Autotrasportatori che guidano anche veicoli, con carico e scarico
Bottai
Carpentieri
Cave a giorno con uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
Celluloide, plastica e simili (lavorazione)
Demolitore di autoveicoli
Edile acrobata
Elettricisti che lavorano all'esterno di edifici e/o a contatto con correnti ad alta tensione
Fabbri anche su impalcature e ponti
Facchini
Falegnami
Fuochi d'artificio - lavorazione
Gruisti
Idraulici con accesso a ponti, impalcature e tetti
Insegne : installazione oltre i 4 mt. da terra o su tetti
Lattonieri anche su impalcature e ponti
Marmisti anche su impalcature e ponti
Miniere (addetti)
Mosaicisti con accesso a ponti e impalcature
Muratori
Pescatori
Spazzacamini
Trattoristi / macchine movimento terra / Trivellatore
Verniciatori su impalcature, tetti, esterno navi
Vetrai
Vigili del fuoco

Classe professionale "R.D." (assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).
Ballerine professioniste
Camerman inviati speciali all'estero
Fotoreporter all'estero
Giornalisti inviati speciali all'estero
Guide alpine
Militari (anche Guardia Forestale)
Missionari
Palombari
Poliziotti/Questori
Skipper
Sommozzatori / Palombari
Speleologi
Sport motonautici
Sport agonistici

sara assicurazioni

Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Nuova Infortuni Cumulativa

ASTER - ASSOCIAZIONE DEL TERZIARIO
Polizza: 32042NL

Condizioni Speciali di assicurazione

Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po,20 - 00198 Roma Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F.00408780583 REA Roma n.117033 P.IVA 00885091009
Iscritta al n.1.00018 nell'Albo delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

Clausola:**MU0029 - Clausola a Testo Libero**

A far data dalle ore 24:00 del **31-10-2019** si conviene di attivare la clausola 'MU0029 - Clausola a Testo Libero':

Le presenti condizioni prevalgono su quelle a stampa qualora discordanti

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione: il contratto di assicurazione.
Beneficiario: il soggetto designato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.
Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.
Franchigia: l'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).
Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una Invalidità Permanente.
Invalidità Permanente: perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.
Polizza: il documento che prova l'assicurazione.
Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società: l'Impresa di assicurazioni.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione vale:

se l'assicurato/socio è persona giuridica:
per gli infortuni che la persona fisica, autorizzata alla guida dall'assicurato, subisca in qualità di:
- conducente di veicoli / natanti ad uso privato o da diporto;
- pedone a seguito di: investimento da parte di altri veicoli durante le operazioni di salita, discesa, e raggiungimento del veicolo; mentre attende, in caso di fermata per guasto, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia; in caso di soccorso verso altre persone infortunate o verso uno o più veicoli, propri o di terzi.

se l' assicurato/socio è persona fisica:
per gli infortuni che l'assicurato subisca in qualità di:
- conducente di veicoli, / natanti ad uso privato o da diporto;
- pedone;
- trasportato su qualsiasi veicolo pubblico o privato e velivoli od elicotteri: sono esclusi i viaggi effettuati su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, in esercenza ad aeroclubs e su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Sono considerati infortuni anche:
a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
d) l'annegamento;
e) l'assideramento o il congelamento;
f) i colpi di sole o di calore o di freddo;
g) la folgorazione;
h) le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
i) quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
j) quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
k) quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;
l) l'avvelenamento del sangue e infezione, escluso il virus H.I.V., sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Art. 2 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari
In deroga agli artt. 1900 e 1912 C.C. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 3 – RISCHI ESCLUSI
Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli infortuni occorsi agli assicurati derivanti:
a) direttamente o indirettamente dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni nucleari o atomiche, naturali o artificiali;
b) da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni militari, guerra civile;
c) dalla partecipazione a gare, corse e relative prove ed allenamenti;
d) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida;
e) da uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
f) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
g) da infarto, ictus provocato da emorragia cerebrale, a trombosi cerebrale, ad embolia o rottura di aneurisma;
h) da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche non rese necessarie da infortunio;
i) da atti dolosi compiuto o tentati dall'Assicurato;
j) da guerra o insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani;
k) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica e a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Art. 4 - Persone non assicurabili
L'Assicurazione non vale se il conducente risulta persona affetta da epilessia, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., alcoolismo, infermità mentali, o non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore.

Art. 5 - Limite di età
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.
Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta; premi che, in tal caso, saranno restituiti al Contraente, al netto dell'imposta.

Art. 6 - Limiti territoriali
L'assicurazione è operante in tutto il Mondo.
Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 7 - Criteri di indennizzabilità
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 10 - Invalidità Permanente, delle presenti Norme, sono diminuite del corrispondente grado di invalidità preesistente.

Art. 8 – Prova

La persona che chiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 9 - Morte
L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se l'evento morte si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.
Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo,, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso; in tal caso, i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 10 - Invalidità Permanente da infortunio
L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa. Il grado d'invalidità permanente è stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili (stabilizzate), al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio. Qualora l'invalidità permanente accertata secondo i criteri di cui sopra sia pari al 75% o superiore, sarà liquidato il 100%.

Art. 11 - Franchigia per il caso di Invalidità Permanente da infortunio
Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanenti inferiori al 3%.
Se essa risulterà superiore al 3%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
Nel caso in cui l'Invalidità Permanente risultasse superiore al 15%, l'indennizzo avverrà senza applicazione di franchigia.
Qualora l'Invalidità Permanente da infortunio, valutata in base alle percentuali ed alle disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato senza deduzione della franchigia.

Art. 12 – Liquidazione dell'indennnizzo
In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la liquidazione del danno avverrà nel seguente modo:
AZIENDA - se l'aderente/socio è una persona giuridica, l'indennizzo destinato al soggetto infortunato si ottiene dividendo la somma assicurata - derivante dalla sommatoria dei moduli acquistati - per tutti i veicoli immatricolati di cui la persona giuridica sia proprietaria, locataria (leasing) o che abbia in uso temporaneo.
FAMILY - se l'aderente/socio è una persona fisica / capo nucleo, ovvero agisce per se stesso e le persone indicate nello stato di famiglia, l'indennizzo destinato al soggetto infortunato si ottiene dividendo la somma assicurata - derivante dalla sommatoria dei moduli acquistati - per i componenti dello stato di famiglia.
SINGLE - se l'aderente/socio è una singola persona fisica, l'indennizzo destinato al soggetto infortunato sarà pari alla somma dei moduli acquistati.
Nel caso in cui un soggetto subisca un infortunio alla guida di veicoli diversi da autovetture, autocarri e natanti, l'indennizzo sarà ridotto del 30%.

Art. 13 – Cumulo di indennità
Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, l'Assicurato muore entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto agli eredi legittimi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso morte; nel caso contrario, invece, la Società non chiede il rimborso della maggior somma pagata all'assicurato .
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto in base ai criteri previsti dall'art. 9 - Morte.

Art. 14 - Controversie - Arbitrato irrituale
Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 7 - Criteri di indennizzabilità - sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Èdata facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri la necessità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 15 - Rinuncia alla rivalsa
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete secondo l'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 16 - Altre assicurazioni
In deroga al disposto dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art. 17 - Facoltà di Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti hanno la facoltà di far cessare l'Assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di 30 giorni, rimborsando la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 18 – Pameno del premio
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30 giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Art. 19 – Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 20 – Obblighi dell'assicurato o del contarnete in casod i sinistro
In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c..
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c..
La denuncia dell'infortunio deve indicare luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 21 – Proroga dell'assicurazione
In mancanza di disdetta, mediante lettera, fax o e-mail inviata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno.

Art. 22 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 26 - Foro competente
Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il broker.

Art. 27 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 28 – Clausola broker
La gestione della presente polizza è affidata al Aster Servizi Srl Via F. Tasca, 14 - 35010 San Pietro in Gu (Padova). Tutte le comunicazioni, escluse quelle giudiziarie alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto, devono essere fatte per iscritto al Broker. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che:
- ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker suindicato si intenderà come fatta alla Società;
- ogni comunicazione fatta dal Broker al Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dalla Società;
- ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato.

Ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs 209/2005, la Società autorizza il Broker ad incassare i premi; il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker, ha effetto liberatorio per il Contraente/Assicurato nei confronti della Società e, conseguentemente, impegna la stessa a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Il Contraente

.....

Il Rappresentante Legale
Alberto Tosti



TUTELA
NON AUTOSUFFICIENZA

Harmonie mutuelle Italia

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Contratto di Assicurazione
Tutela in caso di Non Autosufficienza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Harmonie mutuelle Italia
In armonia con la vostra salute

Tutela
Non Autosufficienza

Set Informativo

Contratto di assicurazione
Tutela in caso di Non Autosufficienza

Documento Informativo Precontrattuale – DIP
Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo – Dip aggiuntivo
Condizioni di Assicurazione, comprensiva del Glossario
Informativa sui trattamenti dei dati personali

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Documento Informativo Precontrattuale

per prodotti assicurativi danni (DIP)

Copertura TUTELA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Compagnia di Assicurazione: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria in Milano, Via San Gregorio, 48, Italia.

Harmonie Mutuelle esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con Codice IVASS Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013

Prodotto: TUTELA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Milano, 30 ottobre 2019 il presente DIP Danni è l'ultimo disponibile

Le informazioni fornite in questo documento rappresentano un riassunto delle caratteristiche principali e delle esclusioni di polizza e non sono parte del contratto in essere tra le Parti. L'informativa contrattuale e pre-contrattuale completa del prodotto sarà fornita con i documenti di polizza.

Di che tipo di assicurazione si tratta?

Trattasi di un 'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità a premio unico annuo con prestazione di risarcimento sotto forma di indennità.

Cosa è incluso in copertura?

✓ La presente copertura assicurativa include il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità che determini per l'Assicurato l'impossibilità fisica totale e permanente di attendere autonomamente ad almeno tre dei quattro atti della vita quotidiana.

Cosa non è incluso in copertura?

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;

✗ infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;

incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;

✗ alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;

✗ omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;

✗ patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio-depressive...ecc.) conseguenze di: 1. atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave; 2. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; 3. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche; 4. partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

Ci sono dei limiti alla copertura?

! Al momento dell'attivazione della copertura gli assicurati non devono avere un'età inferiore ai 18 anni e non devono aver già compiuto i 74 anni di età. È data facoltà di mantenere attiva la copertura assicurativa fino al compimento del settantacinquesimo anno di età.

! Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa.

! Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto di Assicurazione siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana.

! Nel caso in cui nella compilazione del Questionario sanitario ove previsto – sia stato crocesegnato almeno un "SI" nelle Dichiarazioni, per l'attivazione della copertura assicurativa si necessita di un esplicito assenso da parte della Società, che a tal fine si riserva il diritto di richiedere idonea documentazione medica e/o accertamenti sanitari sulla scorta dei quali valutare l'assumibilità del rischio, il suo rifiuto o l'applicazione di sovrappremi.

! Non sono assicurabili altresì le persone affette, alla data della adesione alla presente Polizza, della patologia di Alzheimer o da sindrome correlate alla demenza senile invalidante di origine organica, diagnosticate per il tramite di test clinici specifici.

! Qualora la Contraente abbia un numero di Assicurati pari o inferiore a cinquanta, la garanzia decorre:

- dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
- dopo tre anni dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o patologie similari di demenza senile invalidanti di origine organica;
- dopo dodici mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti.

Dove è attiva la copertura?

- La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Quali sono i doveri dell'assicurato?

- Dare informazioni veritiere e corrispondenti al vero. Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- Dichiarare o comunicare alla Compagnia l'eventuale aggravamento del rischio verificatosi in corso di validità contrattuale.
- L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso

Quando e come pagare il premio?

- Il premio stabilito si intende comprensivo di imposte ed è riportato sul frontespizio del certificato di polizza.
- Il premio dovrà essere versato dalla Contraente/Associata in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati
- La Contraente è tenuta a pagare il premio, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze a mezzo bonifico bancario

Quando inizia e finisce la copertura?

- L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se il premio anticipato o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
- Se la Contraente non paga il premio anticipato o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Come posso disdire la polizza?

- L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata e/o PEC, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.
- La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi di Tutela in caso di Non Autosufficienza (DIP aggiuntivo Tutela in caso di Non Autosufficienza)

Copertura Tutela in caso di Non Autosufficienza

Compagnia: Harmonie Mutuelle
Società costituita in base a leggi di altro Stato

Prodotto: TUTELA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Milano, 30 ottobre 2019 il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale e 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.

Harmonie Mutuelle

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia

sede secondaria: Milano, Via San Gregorio, 48, Italia

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,
Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –
Recapito telefonico: 02/99371043 – Telefax: 0299371044
E- Mail: info@harmoniemutuelleitalia.it
Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it
Sito Internet: hiip://www.harmonie-mutuelle-italia.it

La società esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013.

L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 1.361,79 milioni di cui Euro 1.361,52 milioni di riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 3,287.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, siamo a precisare che, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È considerato, altresì, in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

1. Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.
2. Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.
3. Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.
4. Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

A seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza potrà essere riconosciuta all'Assicurato un'indennità secondo una delle opzioni di seguito prescelte.

OPZIONE A	Indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata di Euro 1.000,00 fino al perdurare dello stato di non autosufficienza, che comunque non potrà superare il limite temporale massimo di 3 anni, decorso il quale, nulla sarà più dovuto all'assicurato a fronte della garanzia prestata.
OPZIONE B	Indennità una tantum di € 10.000,00 oltre che un'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata di Euro 1.000,00 fino al perdurare dello stato di non autosufficienza, che comunque non potrà superare il limite temporale massimo di 3 anni, decorso il quale, nulla sarà più dovuto all'assicurato a fronte della garanzia prestata.
OPZIONE C	Indennità una tantum di € 10.000,00

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, l'Assicurazione vale fino alla permanenza del Contratto o comunque fino al compimento del settantaquattresimo anno di età dell'assicurato e/o comunque fino al permanere del rapporto associativo fra l'assicurato e la contraente.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato/avente diritto o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento dell'evento sinistro, deve: 1. comunicare alla Compagnia per iscritto, entro dieci giorni, a mezzo pec e/o a mezzo raccomandata il verificarsi dell'evento; 2. produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; 3. sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione; 4. fornire delega scritta alla Compagnia al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato; 5. fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato; 6. in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test di MMS di Folstein). Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.
Prescrizione	Il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni, da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
Obblighi dell'impresa	Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia, questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione. Tempistiche di gestione: - Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Compagnia invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario; - Entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita; - Entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o no richiesta la visita, la Compagnia si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza. In seguito al riconoscimento da parte della Compagnia dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato e/o l'avente diritto matura il diritto a percepire l'indennità forfettaria mensile e/o l'erogazione di un capitale nei termini, con i limiti e secondo le modalità stabilite in contratto. Il pagamento della indennità forfettaria mensile inizia trascorsi 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro ed è corrisposto per tutto il perdurare dello stato di non autosufficienza.

Quando e come devo pagare?	
Premio	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto per il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità che determini per l'assicurato l'impossibilità fisica totale e permanente di attendere autonomamente ad almeno tre dei quattro atti di vita quotidiana è rivolto a tutti i soci della Aster – Associazione del Terziario.

Quali costi devo sostenere?

La Contraente dovrà sostenere il pagamento del premio determinato in Polizza.
Eventuali costi relative a visite, accertamenti e approfondimenti medici di parte sono a totale carico del contraente/assicurato e non vengono assicurati dall'impresa.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: • Ufficio Reclami • Harmonie Mutuelle Italia • Fax: 02 99 37 10 44 • E-mail: ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami di Harmonie Mutuelle con sede in Milano via San Gregorio 48, 20124 Milano.

All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità: • Via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma; • Via fax 06/42133353 oppure 06/42133745; • Via Pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it; Corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria. In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Mediazione	Segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie: **Mediazione per la conciliazione delle controversie** In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it. La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni. Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

AVVERTENZE
Eventuali dichiarazioni inesatte o non veritiere possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa.

Indice

GLOSSARIO 3

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 9

CAPITOLO 1 OGGETTO E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE 9

Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione 9

Art 1.2 Prestazioni assicurate 9

Art 1.3 Esclusioni 9

Art 1.4 Periodo di carenza 9

Art 1.5 Limite d'età 9

Art 1.6 Limiti territoriali 10

Art. 1.7 Limiti delle garanzie 10

CAPITOLO 2 PRESTAZIONI ASSICURATE 11

Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate 11

Art. 2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza 11

Art. 2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) 11

CAPITOLO 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE 12

Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto 12

Art 3.2 Recesso 12

Art 3.3 Anticipata risoluzione del contratto 12

Art 3.4 Forma delle comunicazioni 12

Art 3.5 Variazioni di rischio 12

Art 3.6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 12

Art 3.7 Oneri fiscali 13

Art 3.8 Legge applicabile e rinvio 13

Art 3.9 Assicurazione per conto altrui 13

Art 3.10 Clausola Broker (valevole solo se richiamata in polizza) 13

Art 3.11 Modifiche dell'assicurazione 13

Art 3.12 Rinuncia alla Rivalsa 13

Art 3.13 Altre assicurazioni 13

Art 3.14 Foro competente e Procedimento di Mediazione 13

CAPITOLO 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE 14

Art 4.1 Effetto della copertura e Pagamento del Premio 14

Art 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno 14

Art 4.3 Regolazione del Premio 14

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CAPITOLO 5 NORME IN CASO DI SINISTRO 16
Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato 16
Art. 5.2 Obblighi dell'Assicurato 16
Art. 5.3 Fase d'istruttoria 16
Art. 5.4 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza 16
Art. 5.5 Erogazione delle prestazioni 17
Art. 5.6 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza 17
Art. 5.7 Beneficiario della prestazione assicurativa 17
ALLEGATO 1 OPZIONI DI GARANZIA 18
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016) 19
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA 22

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

GLOSSARIO

- **Aborto terapeutico:** interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
- **Accertamento diagnostico:** prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
- **Agenzia di Intermediazione/Broker:** Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività
- **Aggravamento del rischio:** Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.
- **Anno Assicurativo (o annualità assicurativa):** Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza;
- **Assicurato/Assistito:** La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Salvo ove espressamente pattuito, si intendono Assicurati i soggetti:
  - dipendenti del Contraente nonché apprendisti, operai, impiegati, funzionari, dirigenti, amministratori, consiglieri e sindaci;
  - eventuali persone, indipendentemente dal Paese di residenza, che svolgano una attività remunerata per conto del Contraente, a condizione che abbiano un incarico formale assegnato dal Contraente, oppure siano in grado di produrre altra documentazione che dimostri la collaborazione.
- **Assicurati addizionali:** Persone fisiche che partecipano ad un evento aziendale organizzato dal Contraente e che non risultano già assicurati con la presente polizza.
- **Assicurazione:** L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.
- **Assistenza Infermieristica:** Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.
- **Assistenza Medica:** L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.
- **Associata:** Azienda Associata Alla Contraente
- **Attività Professionale:** Attività Professionali principali e secondarie dichiarate dall'assicurato.
- **Azienda:** L'impresa o Ente i cui dipendenti sono assicurati. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i membri degli organi statutari e gli amministratori. Tali soggetti acquisiscono la qualifica di Beneficiario dell'assicurazione. Qualora l'Azienda stipuli in proprio il contratto di assicurazione, acquisisce la qualifica di Contraente/Assicurato.
- **Beneficiario/Avente Diritto:** Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato potrà cambiare il beneficiario in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato ciascuno in parti uguali o, in caso di rimborso delle spese sostenute, gli Aventi diritto i quali avranno sostenuto tali spese.
- **Carenza:** Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.
- **Caricamenti:** La parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.
- **Cartella Clinica:** Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
- **Centrale Operativa:** servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione, al collegamento col network medico e mandatario della Società per la gestione e liquidazione dei rimborsi
- **Centro medico**: Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.
- **Certificato di assicurazione:** Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.
- **Certificato di Polizza:** Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente/Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente/Assicurato, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.
- **Coniuge/convivente:** Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.
- **Condizioni di assicurazione:** Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.
- **Condizioni particolari:** L'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.
- **Consumatore:** Qualsiasi persona fisica, residente nel territorio della Comunità Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.
- **Contraente**: il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.
- **Convalescenza**: il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

- **Convenzione:** La disciplina che regola i rapporti tra la Contraente e la Compagnia, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ivi inclusi gli allegati;
- **Danno:** È il pregiudizio subito dall'assicurato in conseguenza di un sinistro.
- **Data Decorrenza Copertura**: Dalla data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.
- **Data evento**: per i ricoveri, la "data evento" è quella in cui avviene il ricovero nel periodo di validità della presente polizza, e a questa fanno riferimento tutte le spese (precedenti, durante, successive) connesse all'evento, rimborsabili nei termini contrattuali; per le prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere, la "data evento" è quella della prima fattura presentata per l'evento alla società di gestione nel periodo di validità della presente polizza, e a questa fanno riferimento tutte le spese seguenti connesse all'evento sostenute entro la data della scadenza della copertura
- **Data Sinistro: Da**ta in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.
- **Data di effetto del contratto:** Data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.
- **Data di effetto della copertura:** Data di inizio della copertura, a partire dalla quale le garanzie assicurative previste dal contratto sono efficaci.
- **Dati personali:** Qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.
- **Day Hospital:** Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- **Day Surgery:** degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
- **Decorrenza della garanzia:** Momento in cui le garanzie divengono operanti ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
- **Decadenza:** Perdita del diritto alle somme o ai servizi garantiti dal contratto di assicurazione, per mancata conformità dell'Assicurato o del Contraente a determinati obblighi imposti su di essi.
- **Degenza Domiciliare:** La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.
- **Denuncia di sinistro:** Comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro.
- **Diaria:** Garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno d'inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.
- **Diaria da ricovero:** Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.
- **Dichiarazioni precontrattuali:** Informazioni relative al rischio fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.
- **Difetto Fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita, ovvero menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita

  Differimento: L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata nella Sezione Long Term Care.
- **Diminuzione del rischio:** Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.
- **Dipendente:** Persona con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.
- **Diritto di recesso:** È il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.
- **Disdetta:** La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

  Ente Aderente o Ente: il soggetto giuridico che ha aderito al contraente al fine di rendere i propri dipendenti (inclusi, qualora da questi richiesto, i relativi componenti del Nucleo Familiare) fruitori delle prestazioni coperte
- **Esclusioni:** Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
- **Estensione territoriale:** Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.
- **Estero:** Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.
- **Evento:** L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza.
- **Figlio:** Ciascun figlio legittimo o naturale dell'Assicurato o del Coniuge/convivente, a carico dell'Assicurato stesso, come risultante da stato di famiglia.
- **Franchigia**: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.
- **Franchigia assoluta:** La franchigia si definisce assoluta quando il suo ammontare rimane interamente a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno subito.
- **Franchigia relativa:** La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.
- **Grandi Interventi**: Come definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

- **Gessatura:** Qualsiasi mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.
- **Impresa di assicurazione:** È l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.
- **Inabilità Temporanea:** Incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.
  Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.
- **Indennizzo o Indennità:** È la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.
- **Indennità Forfettaria mensile:** Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza con prestazione di risarcimento sotto forma di indennità;
- **Indennità Una Tantum:** Somma di denaro risarcita in un'unica soluzione, secondo termini di Polizza, dalla Società all'assicurato all'entrata dello stato di non autosufficienza;
- **Infortunio:** Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili e che siano suscettibili di accertamento clinico strumentale.
- **Invalidità Permanente:** Riduzione definitiva, totale o parziale, di determinate funzioni fisiche, intellettive e/o psicosensoriali dell'Assicurato, a seguito di Infortunio.
- **Imposta sulle assicurazioni:** Imposta che si applica ai premi versati dai contraenti. Essa varia dal 2,5% (polizze infortuni e malattie) sino al 21,25% (polizze incendio e furto). Tale imposta non si applica ai contratti di assicurazione sulla vita.
- **Intervento Chirurgico Ambulatoriale:** L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero - anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia e/o qualsiasi indagine/prestazione diagnostica che preveda il prelievo di un frammento di tessuto o di organo per l'esame istologico a scopo diagnostico -, compresa la chirurgia orale (con esclusione di materiale protesico) che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
- **Intervento chirurgico:** l'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.
- **Intramoenia:** Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede)
- **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.
- **IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.**
- **ISVAP:** Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo. Dal 1^{0} Gennaio 2013 denominato IVASS.
- **Lettera D'impegno (Modulo Di Presa In Carico):** Documento con cui l'assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla società.
- **Limite catastrofale:** Esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.
- **Liquidazione:** Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
- **Liquidatore:** È il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.
- **Liquidazione In Forma A Rimborso:** L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti franchigie indicati nel Certificato di Polizza che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati
- **Liquidazione In Forma Diretta:** La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico.
  Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati.
- **Liquidazione In Forma Mista:** La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

- **Lungodegenza:** Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- **Malattia**: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
- **Malattia Improvvisa:** Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise: appendicite acuta ed ernie strozzate; meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare); pneumonite acuta; broncopolmonite; febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.
- **Malattia mentale**: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).
- **Margine di solvibilità:** Misura il patrimonio disponibile dell'Impresa di assicurazioni al netto di quella parte che per legge deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto.
- **Malformazione:** Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione della polizza.
- **Massimale:** la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.
- **Medicina alternativa o complementare / medicina non ufficiale:** le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.
- **Mezzo Pubblico Terrestre**: Qualsiasi mezzo di trasporto terrestre che operi in base a licenza di trasporto a pagamento per passeggeri, ad esclusione dei mezzi noleggiati dall'Assicurato.
- **Network:** Rete sanitaria convenzionata con la Società, costituita da ospedali e Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:
  in forma diretta, e cioè senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero, a eccezione delle sole franchigie e scoperti eventualmente previste dalle condizioni di polizza;
  in forma indiretta (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali)
- **Nucleo familiare:** L'Assicurato, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso) purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, i figli, fiscalmente a carico, fino a 26 anni di età, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Sono altresì da intendersi compresi in garanzia i figli non conviventi, ma fiscalmente a carico. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia. E' inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.
- **Neonati:** In caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, immediatamente operante nei confronti di neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita.
- **Nota Informativa**: Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
- **Opzione Di Garanzia:** La copertura sanitaria oggetto del presente contratto.
- **Periodo di Carenza:** Periodo di Tempo compreso tra la data dio sottoscrizione della polizza e quello in cui si producono tutti gli effetti dell'assicurazione
- **Polizza:** Il documento che descrive e prova l'assicurazione
- **Protesi ortopediche:** Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).
- **Premio:** La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente
- **Prestazione Extra ospedaliera:** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
  Periodo di assicurazione: Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
- **Paese:** Qualunque territorio o paese entro il quale la polizza è operante.
- **Perito:** È il libero professionista normalmente incaricato dall'impresa di assicurazione, di stimare l'entità del danno subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'ISVAP. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia il perito è un medico legale e può essere incaricato da entrambe le parti.
- **Pronto Soccorso:** Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.
- **Polizza collettiva:** È il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

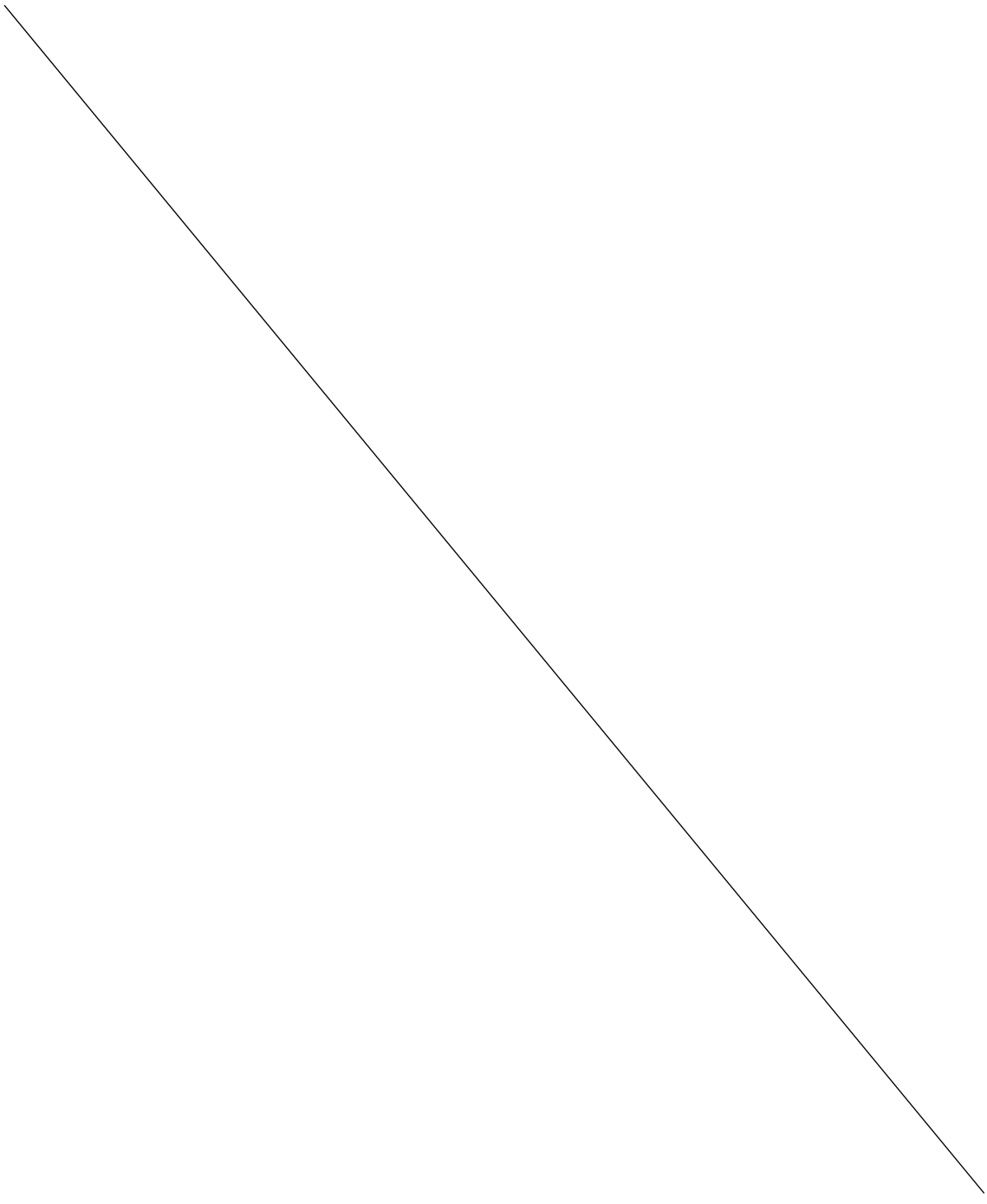
Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

- **Polizza di assicurazione:** È il contratto di assicurazione stipulato dal contraente. In esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.
- **Prescrizione:** Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.
- **Prestazioni assicurate:** Vedi anche "condizioni particolari", cioè l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.
- **Previdenza sociale:** Istituto sociale che ha come fine la tutela del lavoratore (e dei familiari a suo carico), dai rischi conseguenti a menomazione o a perdita della capacità lavorativa, a causa di eventi predeterminati (naturali o connessi al lavoro prestato).
- **Principio indennitario:** Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.
- **Provvigione:** È il compenso che l'assicuratore deve all'intermediario, qualora previsto, per l'attività svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal cliente.
- **Questionario anamnestico:** Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
- **Quietanza:** Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.
- **Retta di degenza:** Trattamento alberghiero comprendente vitto e alloggio nonché l'assistenza sanitaria e medico-infermieristica.
  Residenza: Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.
- **Registro dei Reclami:** Il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate e tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.
  Retta di degenza: costo giornaliero per la degenza/il ricovero in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.
- **Ricovero ospedaliero**: Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.
- **Ricovero improprio:** la degenza/il ricovero sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.
- **Rischi esclusi:** Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
- **Rischio:** È la probabilità che si verifichi l'evento assicurato moltiplicata per l'entità del danno conseguente.
- **Riserve:** Sono somme che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.
- **Rivalsa:** È il diritto che spetta all'assicuratore che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.
- **Scoperto**: la percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato
- **Sinistro:** Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione
- **Società:** Harmonie Mutuelle
- **Soprassicurazione:** Soprassicurazione è quando la somma assicurata è superiore al valore del bene oggetto di assicurazione.
- **Sottoassicurazione:** Sottoassicurazione è quando la somma assicurata è inferiore al valore del bene oggetto di assicurazione.
- **Sottolimite:** È l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio; tale ammontare non si somma a quello del Massimale ma fa parte di esso.
- **Somma assicurata:** È l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.
- **Struttura Sanitaria Convenzionata:** Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni
- **Struttura Organizzativa:** La struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato**.**
- **Sub-massimale:** La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti e al netto degli scoperti e/o franchigie, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo Familiare. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.
- **Surroga:** È la facoltà dell'assicuratore di sostituirsi all'assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. È possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.
- **Struttura Sanitaria:** Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.
  Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.
  Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
- **Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi e Professionisti Abilitati Convenzionati**: Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite di del provider utilizzato e richiamato in polizza, l'effettiva esistenza dell'accordo.

- **Visita specialistica:** la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.



Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
CAPITOLO 1 OGGETTO E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione
Oggetto della presente Polizza è l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità a premio annuo unico con prestazione di risarcimento che potranno prevedere cumulativamente e/o alternativamente un'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata per la durata della non autosufficienza e/o comunque nei limiti temporali determinati in Polizza e richiamati nell'allegato 1 nonché un'indennità una tantum, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dall'Art. 5.4 "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza";

Art 1.2 Prestazioni assicurate
L'Assicurazione è prestata per il caso di non autosufficienza in base all'opzione prescelta tra quelle indicate nell'allegato 1 e richiamate in Polizza.
Le prestazioni assicurative riconosciute devono intendersi calcolate sulla base dell'ammontare del premio, conseguentemente non potranno subire successive modifiche e rivalutazioni.
Il pagamento della prestazione assicurativa viene, quindi, interrotta qualora l'Assicurato recuperi lo stato di autosufficienza.

Art 1.3 Esclusioni
Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:
- infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;
- infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;
- Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;
- Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio- depressive...ecc.);

Sono inoltre escluse le conseguenze di:
- atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

Art 1.4 Periodo di carenza
Nel caso in cui la Contraente abbia un gruppo di assicurati inferiore a cinquanta, la garanzia decorre:
A) Dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
B) Dopo tre anni dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o patologie similari di demenza senile invalidanti di origine organica;
C) Dopo dodici mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti A e B.

Art 1.5 Limite d'età e Persone non assicurabili
Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti indicati in Polizza e che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni.
E' data facoltà di mantenere attiva la copertura assicurativa fino al compimento del settantacinquesimo anno di età.
Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.
Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.
Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula del Contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana, come specificati nell'art. 2.3 "Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)".

Art 1.6 Limiti territoriali
L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 1.7 Limiti delle garanzie
I Massimali assicurati e i limiti delle garanzie sono stabilite in base alle opzioni in calce al presente documento ed espressamente indicati in Polizza, secondo quanto prescelto dalla Contraente.
Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 1.000.000,00
Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CAPITOLO 2 PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate
La presente garanzia è l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità a premio annuo unico con prestazioni cumulativamente e/o alternativamente di risarcimento sotto forma di indennità una tantum e/o indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata, nei termini e per un valore complessivo corrispondente alla somma garantita in Polizza all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal successivo articolo.

Qualora la Contraente abbia un gruppo di assicurati pari o inferiore a cinquanta, è prevista la compilazione di un questionario anamnestico per ciascun Assicurato, come di seguito meglio specificato:
1. Questionario Non autosufficienza semplificato: da compilare a cura dell'Assicurato di età inferiore a 65 anni.
Qualora, nella compilazione del questionario semplificato, venga fornita almeno una risposta affermativa sarà necessario procedere alla compilazione del "Questionario Medico" con l'ausilio del medico curante
2. Questionario medico Non autosufficienza: da compilare a cura dell'Assicurato con età superiore a 65 anni e/o qualora sia presente almeno una risposta affermativa ad una domanda del questionario semplificato.

Qualora la Contraente abbia un gruppo di assicurati superiore a cinquanta, non è prevista la compilazione di un questionario medico per ciascun Assicurato, salvo per gli assicurati di età pari o superiore ai 65 anni.

Art. 2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza
Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art.2.3, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.
Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Articoli 5.3 – 5.5 e 5.6
Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)
Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:
Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.
Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.
Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.
Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CAPITOLO 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno.
La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.
Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC. La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza

Art 3.2 Recesso

- Dal Contratto: Harmonie Mutuelle potrà risolvere il Contratto o recedere dall'Assicurazione nei confronti del singolo assicurato in caso di:
  Persona divenuta non più assicurabile nei termini di Polizza;
  Rinuncia del contraente all'assicurazione di una o più delle persone assicurate;
  Persona divenuta non autosufficiente durante i Periodi di carenza.
- Anticipato: Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto. Resta inteso che per il periodo in cui la polizza è risultata attiva nessuna richiesta di rimborso potrà essere soddisfatta e conseguentemente nulla sarà dovuto all'assicurato.

Art 3.3 Anticipata risoluzione del contratto

Nei casi di recesso o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art 3.4 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r alla Direzione Generale per l'Italia (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - sita in Via San Gregorio 48 – Milano 20124) o PEC harmoniemutuelle@legalmail.it, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art 3.5 Variazioni di rischio

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.
Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.
Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art 3.6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:
a) In caso di dolo o colpa grave art 1892 c.c. di:
- Annullare, recedere e contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o le reticenze delle dichiarazioni fornite dal contraente e dall'assicurato;
- In ogni caso rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi di un sinistro;

b) Nel caso non esista dolo o colpa grave art 1893 c.c. di:
- Ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- Recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

c) Le inesatte indicazioni dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

Art 3.7 Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art 3.8 Legge applicabile e rinvio
Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art 3.9 Assicurazione per conto altrui
La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi dall'Art.1891 Codice Civile.

Art 3.10 Clausola Broker (valevole solo se richiamata in polizza)
La Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker indicato sul certificato di Assicurazione, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti per conto della Contraente dal Broker il quale tratterà con la Società, ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dalla Contraente. Le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto della Contraente, si intenderanno come fatte dalla Contraente stessa.
In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dalla Contraente alla Società, prevarranno queste ultime. Le comunicazioni eventualmente fatte dalla Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Società soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Società e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Società stessa. Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Società da parte del Broker, nell'ipotesi in cui la società intermediasse la polizza per mezzo del Broker saranno valide le disposizioni di cui sopra.
Il pagamento del premio, eseguito dal Contraente in buona fede al broker, sarà considerato, ai soli fini di quanto disposto dall'art. 1901 c.c., come effettuato alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005, dalle ore 24,00 del giorno in cui il Broker stesso, abbia ricevuto il pagamento. Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli Iscritti, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006. Qualora la Contraente (o l'Iscritto) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora la Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dalla Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti della Società. La Società stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra al Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Art 3.11 Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art 3.12 Rinuncia alla Rivalsa
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio

Art 3.13 Altre assicurazioni
Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per le medesime prestazioni, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Se il Contraente omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art 3.14 Foro competente e Procedimento di Mediazione
Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CAPITOLO 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE

Art 4.1 Effetto della copertura e Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi stabiliti nel Certificato di assicurazione.

Nell'ipotesi di pagamento rateale del premio, la prima rata dovrà essere versata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato nella polizza/ certificato, se in quel momento il premio risulterà pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate. Resta inteso che eventuali sinistri occorsi durante il periodo di sospensione della Polizza non saranno coperti dalle garanzie riconosciute in contratto e conseguentemente non avrà luogo alcun indennizzo rispetto agli eventuali sinistri denunciati.

Art 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dal Contraente prima dell'inizio della copertura.

La Contraente si impegna a comunicare alla Società i seguenti dati per ciascun Assicurato per il quale venga richiesto l'inserimento in copertura assicurativa:

a) Nome, cognome, data di nascita degli assicurati o altro identificativo ritenuto idoneo;
b) Data di effetto e/o cessazione della copertura;
c) Opzione prescelta.

La comunicazione dovrà essere effettuata al momento della conclusione del contratto di Assicurazione tramite documento in formato elettronico fornito direttamente dalla Società ovvero tramite supporto elettronico elaborato dalla Contraente e pre-concordato con la Società. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà alla determinazione del premio iniziale anticipato, ed alla regolazione dei premi successivi, al termine di ogni annualità assicurativa, sulla base dell'effettivo periodo di rischio corso per ogni Assicurato.

Tutte le successive variazioni relative alle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società entro il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate.

La Società e il Contraente possono stabilire precise modalità per l'invio, possibilmente su supporto informatico, di dette variazioni.

La Società ne prende atto alla ricorrenza annuale della copertura mediante emissione di appendice di regolazione del premio.

Art 4.3 Regolazione del Premio

Il premio di polizza è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati su apposito tracciato record informatico che costituisce parte complementare del contratto.

Il premio stabilito, viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero. Non sono consentiti il frazionamento del premio, né l'applicazione di sconti.

Entro 90 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni di variazione ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio computando:

- l'intero premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre dell'anno assicurativo
- il 60% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio.

Nell'ipotesi in cui il premio annuo calcolato sulla base dei dati consuntivi risulti superiore al doppio del premio fisso anticipato quest'ultimo verrà aggiornato sulla base degli ultimi dati consuntivi disponibili. Il nuovo premio fisso anticipato avrà effetto dal rinnovo successivo e non potrà essere inferiore al 75% del premio calcolato sugli ultimi dati consuntivi disponibili.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni di cui all'articolo che precede devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente / Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto.

Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente / Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

CAPITOLO 5 NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato
La denuncia del sinistro deve essere presentata al Provider affidatario del contratto così come meglio spiegato sotto e secondo le modalità da esso previste entro 10 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.
La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia.
L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi.
L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.
Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.
Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.
Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 5.2 Obblighi dell'Assicurato
Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. Art. 2.2 – "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento del sinistro deve:
1. Comunicare per iscritto il verificarsi dell'evento alla Contraente, che a sua volta informerà la Compagnia, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
2. produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
3. sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
4. fornire delega scritta alla Compagnia al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
5. fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
6. in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test di MMS di Folstein).

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.

Art. 5.3 Fase d'istruttoria
Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia così come previsto dall' Art. 2.2- Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.
Tempistiche di gestione:
- Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Compagnia invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario;
- Entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- Entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o no richiesta la visita, la Compagnia si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza

Art. 5.4 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza
La Compagnia provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.
Durante la fase di accertamento, la Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.
Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Art. 5.5 Erogazione delle prestazioni
L'indennità una tantum e l'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata verranno erogate trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. L'indennità forfettaria mensile sarà corrisposta per tutta la durata dello stato di non autosufficienza e comunque per un periodo massimo di tre anni. La Compagnia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'assicurato di richiedere il pagamento tramite assegno bancario.

Art. 5.6 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza
La Compagnia o il terzo incaricato si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza come previsto all'esito delle procedure indicate nell'art.5.3 a un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo visitare da un medico; può inoltre richiedere tutti i documenti necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute. In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso. Se l'Assicurato non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza. L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia il recupero della sua autonomia. La corresponsione della indennità forfettaria mensile comporta, per l'Assicurato che ne ha usufruito, l'interruzione del versamento del relativo premio. Ogni dodici (12) mesi l'Assicurato sarà tenuto a indirizzare alla Compagnia un documento un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Compagnia entro i trenta giorni dalla data di decesso.

Art. 5.7 Beneficiario della prestazione assicurativa
Il beneficiario della prestazione assicurativa è il solo assicurato.

Art 5.8 Collegio Medico
In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennizzabilità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'indennizzabilità del sinistro e della sua quantificazione ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale. Nel caso in cui le parti dovessero concordare di conferire tale mandato irrevocabile al predetto Collegio medico, le stesse rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

ALLEGATO 1 **OPZIONI DI GARANZIA**

Limite temporale	
Opzione A	*Fino a 3 anni*

Limite Indennitario forfettario mensile	
Opzione 2	*€ 1.000,00*

Limite indennitario Una Tantum	
Opzione 10000	*€ 10.000,00*

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via San Gregorio 48, 20124 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via San Gregorio 48, 20124 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via San Gregorio 48, 20124 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ *(Perché trattiamo i suoi dati)*	**BASE GIURIDICA** *(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)*	**CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO** *(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)*
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami ".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.
Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
- Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.
Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via San Gregorio, 48
20124 MILANO
Fax: 02 99 37 10 44
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n. .....del……

Assicurato: …….

Il sottoscritto ..... *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di…… *(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).*

Si allega ..... *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal prevedimento della presente (Regolamento Isvap 24/08)

Data .....

Firma *(del soggetto che popone il reclamo)*

* *In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.*

Harmonie Mutuelle, sede italiana
Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO
Tel.: **0299371043** | Fax: **0299371044**
e-mail: **info@harmoniemutuelleitalia.it**
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964
REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114
www.harmonie-mutuelle-italia.it