



Persona OK

Persona OK

Contratto di assicurazione infortuni

Ramo 73

Ed. Marzo 2017

Il presente fascicolo informativo - contenente Nota informativa e Condizioni di assicurazione - deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto. Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

DARAG 
The origin of value

Indice

Nota informativa

Premessa

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

B. Informazioni sul contratto

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di assicurazione

Oggetto e delimitazione del rischio

Prestazioni

Sinistri: diritti e doveri delle parti

Altri diritti e doveri delle parti

Disposizioni varie

Informativa via web al Contraente (ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013)

È on-line l'Area Clienti di DARAG Italia S.p.A., grazie alla quale può avere sempre a disposizione le informazioni sulla sua polizza. Si registri su www.darag.it per ricevere le credenziali di accesso e visualizzare la sua posizione assicurativa ogni volta che desidera.

Nota informativa

Edizione 03/2017

Premessa

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

DARAG Italia S.p.A., Società per azioni a socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di DARAG Group Limited, ha la propria sede legale in Via Pampuri 13 - 20141 Milano (Italia), telefono +39 0257441, sito internet www.darag.it, indirizzo di posta elettronica certificata darag@legalmail.it è stata autorizzata all'esercizio della attività assicurativa con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (Gazzetta ufficiale 26/6/86 n. 146); iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00061.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto di DARAG Italia S.p.A. (bilancio 2015) è pari a 56 milioni di euro di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 44 milioni e quella totale delle riserve patrimoniali è di 12 milioni.

L'indice di solvibilità è pari a 3,001 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Si rimanda al sito internet www.darag.it per i dati riferiti alle successive annualità consultabili nel relativo bilancio di DARAG Italia S.p.A. ivi pubblicato.

B. Informazioni sul contratto

Avvertenza. Il contratto prevede il tacito rinnovo pertanto, qualora non disdettato 30 giorni prima della scadenza, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità fermo quanto disposto dall'Art. 23 - Recesso in caso di sinistro - delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato o suoi eredi in caso di morte (Art. 13), Invalidità Permanente (Art. 14), Rimborso spese mediche (Art. 18) Diaria da ricovero o gessatura (Art. 19), per gli infortuni accaduti durante il tempo libero ed in occasione di spostamenti e/o viaggi. Sono esclusi gli eventi derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale.

Per tali prestazioni assicurative sono operanti esclusioni

(Art. 10) e limitazioni territoriali e sulle persone non assicurabili, (Artt. 11, 12) si rimanda per i rispettivi dettagli.

Avvertenza. Per la prestazione Invalidità Permanente è prevista una franchigia che limita l'indennizzo ai casi di percentuale di Invalidità Permanente superiore al 3% per somme assicurate fino a € 160.000, al 6% per somme assicurate oltre € 160.000 e fino a € 260.000, al 9% per somme assicurate superiori a € 260.000 (Art. 16). Più precisamente se la somma assicurata è pari a € 200.000 e l'infortunio risulta causare un'invalidità permanente del 5%, l'indennizzo verrà così calcolato: fino a € 160.000 franchigia operante pari al 3%, quindi $5\% - 3\% = 2\%$ da applicare alla somma assicurata di € 160.000 = 2% per 160.000 = € 3.200; sulla parte residua di somma assicurata ($200.000 - 160.000 = 40.000$) essendo prevista una franchigia del 6% ($> 5\%$) non viene corrisposto indennizzo; quindi l'indennizzo complessivo risulta essere di € 3.200. Se invece la percentuale di invalidità permanente fosse stata del 10% avremmo avuto: $160.000 \times (10 - 3)\% + 40.000 \times (10 - 6)\% = 160.000 \times 7\% + 40.000 \times 4\% = 11.200 + 1.600 = € 12.800$.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella 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, 1894 del Codice Civile (Art. 27).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio così come previsto dagli Artt. 29 e 30 delle Condizioni di assicurazione. In caso di aggravamento del rischio non conosciuto dalla Società, lo stesso può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

È ad esempio il caso dell'insorgere di una malattia mentale quale la schizofrenia nell'Assicurato che comporta un aggravamento di rischio e quindi una nuova valutazione del rischio da parte della Società. In assenza di comunicazione il rischio si considera aggravato e secondo quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile in caso di sinistro l'indennizzo può essere ridotto anche fino alla perdita totale dell'indennizzo.

6. Premi

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale (in tal caso è previsto un aumento del premio pari al 3%).

I pagamenti possono essere effettuati a mezzo SCT (SEPA Credit Transfer) sul conto corrente bancario intestato a DARAG Italia S.p.A. - UniCredit S.p.A. - Piazza IV Novembre

10 - Villafranca di Verona (VR) - IBAN: IT 63 S 02008 11758 000030029125, oppure presso l'Agenzia a cui risulta essere assegnato il contratto, a mezzo contanti, in caso di premio annuo non superiore ad euro 750,00, o con assegno non trasferibile bancario, postale o circolare intestato a DARAG Italia S.p.A. o all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A. o ancora con versamento su C/C postale N. 45438207 intestato a DARAG Italia S.p.A. - Via Pampuri 13, 20141 Milano - o mezzo SDD (SEPA Direct Debit) su conto corrente bancario intestato al Contraente.

Qualora alla scadenza del premio la Società non abbia ancora disposto l'attivazione del SDD, e fino al momento dell'attivazione dello stesso, il versamento dovrà avvenire in uno dei metodi precedentemente indicati.

Inoltre, in caso di chiusura del conto corrente bancario di cui sopra, il Contraente dovrà darne immediata comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata A.R.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente/Assicurato non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. Il premio alla firma indicato in polizza deve essere corrisposto con pagamento presso l'agenzia, a mezzo contanti in caso di premio annuo non superiore ad euro 750,00, o con assegno non trasferibile bancario, postale o circolare intestato a DARAG Italia S.p.A. o all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A. o ancora con versamento su C/C bancario intestato all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A.

Avvertenza. L'Impresa o l'Agenzia può applicare sconti di premio qualora gli elementi di valutazione del rischio portino ad un miglioramento dello stesso rispetto allo standard.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamenti delle somme assicurate e del relativo premio.

8. Diritto di recesso

Avvertenza. Il Contraente può recedere dal contratto ad ogni scadenza annua mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza (Art. 32). Sia il Contraente che la Società possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo (Art. 23).

Avvertenza. Qualora il contratto sia emesso con durata superiore ad un anno, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 365 giorni, cioè un anno, dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 730 giorni, cioè due anni, dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo n. 175/95, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una

legislazione diversa da quella Italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di Norme Imperative Nazionali. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Il premio di assicurazione del contratto è assoggettato ad un'imposta del 2,50%.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza. Il sinistro insorge nel momento dell'infortunio ossia dell'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza una delle garanzie prestate (morte, invalidità permanente, ricovero, gesso).

La denuncia deve essere fatta entro tre giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto la possibilità corredata da certificato medico (Art. 22). Per la determinazione dell'indennizzo si rinvia all'Art. 24 delle Condizioni di assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, **Ufficio Reclami DARAG Italia S.p.A. - Via Pampuri 13, 20141 Milano - fax n. 02/57442019 - indirizzo e-mail: reclami@darag.it** - avendo cura di indicare i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, indirizzo PEC ivass@pec.ivass.it, utilizzando il modello predisposto da IVASS, disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - sezione "Guida ai reclami"), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che

permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie quali:

- **Mediazione**

Istituita con il decreto legislativo n. 28 del 4.3.2010, è finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e prevede l'intervento di un Terzo imparziale (Mediatore) che svolge l'attività con lo scopo di assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

La richiesta di mediazione costituisce condizione di procedibilità nella domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale e deve essere obbligatoriamente attivata prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli organismi di mediazione iscritti al registro tenuto dal Ministero della Giustizia.

- **Negoziazione Assistita**

introdotta con il decreto legge n. 132/2014, convertito nella legge n. 162/2014 in vigore dal 9 febbraio 2015, ha introdotto l'obbligo di tentare una conciliazione prima di dare corso ad una causa con cui si intenda chiedere il pagamento a qualsiasi titolo di somme inferiori a Euro 50.000 (fatta eccezione per le controversie nelle quali è prevista la mediazione obbligatoria), nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per il risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli e natanti.

- **Conciliazione Paritetica**

Prevista nell'accordo sottoscritto da Ania e alcune Associazioni di Consumatori.

Per informazioni e indicazioni sulle modalità di attivazione è consultabile il sito www.ania.it alla sezione servizi - procedura di conciliazione per le controversie R.C.Auto, oppure il sito www.ivass.it nella sezione per il consumatore/conciliazione paritetica.

- **Arbitrato e Perizia Contrattuale**

Ove previsti secondo quanto riportato nelle Condizioni generali di assicurazione.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Arbitrato

Eventuali controversie di natura medica tra le parti possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo (Art. 24).

Avvertenza. è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Glossario

Le definizioni qui di seguito riportate sono valide per tutti i settori di polizza.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Diaria

Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti l'infortunio.

Franchigia

Somma prestabilita contrattualmente che viene dedotta dall'indennizzo dovuto.

Gessatura

Mezzo di contenzione costituito da fasce, docce od altri apparecchi che realizzino l'immobilizzazione della parte, confezionato anche con gesso, purché non suscettibile di rimozione da parte dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza una delle garanzie pattuite.

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

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata alla erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, ospizi per persone anziane, ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

Nucleo familiare

Tutte le persone che compongono il nucleo familiare del Contraente quali risultano dallo stato di famiglia al momento del sinistro.

Periodo di assicurazione

Per i contratti di durata inferiore ai 365 giorni è pari alla durata stessa del contratto.

Per contratti di durata superiore ai 365 giorni, cioè ad un anno, è pari a 365 giorni, cioè ad un anno.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza, comportante il pernottamento, in Istituto di cura.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società

DARAG Italia S.p.A.

DARAG Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale
Il Direttore Generale
Dott. Emanuele Ruzzier

Handwritten signature of Emanuele Ruzzier in black ink.

Condizioni di assicurazione

Edizione 03/2017

Oggetto e delimitazione del rischio

Art. 1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in relazione ai rischi assicurati come risultanti dalla scheda di polizza.

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia, imprudenza, negligenza e qualunque altra colpa, anche grave;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva;

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferiti in:

- stato di malore od incoscienza;

dovuti a:

- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

Art. 2 - Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di assicurazione pagato ma non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto ad ottenere la prorogazione gratuita dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 3 - Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore a 365 giorni, cioè ad un anno.

Art. 4 - Ernie traumatiche e da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 10, lettera n) la garanzia si intende estesa alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente alla invalidità permanente e alla diaria giornaliera, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per la diaria senza ricovero se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10%, della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 26 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia Contrattuale delle Norme che regolano i sinistri.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

Art. 5 - Morte presunta

In caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro 365 giorni, cioè a un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di morte.

Art. 6 - Rischio di guerra

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Si intendono tuttavia esclusi i rischi atomici di cui all'Art. 10 lettera m, ed il Rischio Volo di cui all'Art. 3 delle Condizioni di assicurazione.

Art. 7 - Spese di rimpatrio

Qualora dall'infortunio derivi una invalidità permanente, indennizzabile a termini di polizza, superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda un immediato rimpatrio con il mezzo di

trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute, fino alla concorrenza di € 1.500,00 su presentazione di regolare documentazione.

Art. 8 - Indennità per perdita anno scolastico

Qualora in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza lo Studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e se, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà l'1% del capitale per lui assicurato per il caso di invalidità permanente.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato soltanto previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza della predetta assenza.

Art. 9 - Danno estetico

In caso di infortunio che comporti, oltre che l'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di € 3.000,00 per le spese, documentate, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

Art. 10 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 3 - Rischio volo;
- e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;
- f) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo,

naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

n) gli infarti, in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione, per queste ultime - di quanto previsto dall'Art. 4 - Ernie traumatiche e da sforzo;

o) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

I rischi di cui alla lettera b) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Art. 11 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

La diaria giornaliera, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 12 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 29 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni di assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prestazioni

Art. 13 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata 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 in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 14 - Invalidità 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 previsti dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, Legge 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, qui di seguito un estratto) e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità		
	percentuali	
	destro	sinistro
sordità completa di un orecchio	15	
sordità completa bilaterale	60	
perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	-	
esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
perdita di tutte le dita della mano	65	55
perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
perdita totale del pollice	28	23
perdita totale dell'indice	15	13
perdita totale del medio	12	
perdita totale dell'anulare	8	
perdita totale del mignolo	12	
perdita della falange ungueale del pollice	15	12
perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
perdita della falange ungueale del medio	5	
perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
perdita della falange ungueale del mignolo	5	
perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
perdita delle ultime due falangi del medio	8	
perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
anchilosi totale dell'articolazione del gomito con articolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15

continua

	percentuali	
	destro	sinistro
se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
perdita totale del solo alluce	7	
per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato	3	
anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), 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 alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati 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 alla lettera B) 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.

E) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 15 - Franchigia per invalidità permanente

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

- A) sulla parte di somma assicurata fino a € 160.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o 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 € 160.000,00 e fino a € 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 6% 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 € 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 9% 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 sia di grado pari o superiore al 20% della totale non si applicano le modalità suddette.

Art. 16 - Maggiorazione per il caso di invalidità permanente

L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni tutte di polizza, di grado pari o superiore al 65% (sessantacinque per cento) è considerata invalidità permanente totale.

Art. 17 - Anticipi su indennizzi

Qualora trascorsi sessanta giorni dal termine della cura medica sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'invalidità permanente di grado superiore al 24%,

la Società - su richiesta - corrisponderà all'Assicurato stesso un anticipo pari alla metà di quello che gli spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva.

Art. 18 - Rimborso spese mediche

La Società rimborsa all'Assicurato sino a concorrenza del 3% della somma assicurata per invalidità permanente totale e comunque sino ad un massimo di € 5.000,00 per periodo assicurativo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata);
- rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza;

ferma l'esclusione dei "tickets" per prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso è condizionato alla presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

Art. 19 - Diaria da ricovero o gessatura

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato la diaria stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per anno assicurativo.

Se in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura" la Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato il 50% della suddetta diaria dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura se vi è stato "ricovero" oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato "ricovero" fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 100 giorni per periodo assicurativo.

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero e/o "gessatura".

L'indennizzo per la diaria da ricovero o gessatura è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 20 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed 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 arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 14 - Invalidità permanente delle Condizioni di assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 21 - Somme assicurate e loro suddivisione

Le somme complessivamente assicurate comprese quelle espresse in percentuale, si intendono riferite all'intero

nucleo familiare del Contraente con esclusione delle persone non assicurabili ai sensi dell'Art. 12 delle Condizioni di assicurazione.

Ciascuna persona è assicurata per l'importo ottenuto dalla divisione delle somme complessivamente garantite per il numero delle persone, escluse quelle sopra indicate, che risultino iscritte nello stato di famiglia del Contraente al momento del sinistro. Fermo restando il criterio di determinazione sopra descritto, in caso di infortunio che colpisca una persona assicurata di età inferiore ai 14 anni, la somma da liquidare sarà:

- per il caso di morte, il 50% di quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso;
- per il caso di invalidità permanente, quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso, più il 50% della somma stabilita contrattualmente per il caso di morte.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero le somme assicurate, esse verranno proporzionalmente ridotte.

Sinistri: diritti e doveri delle parti

Art. 22 - Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 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 sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la diaria senza ricovero, qualora assicurata, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. 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. 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.

Art. 23 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può 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 assicurazione non corso.

Art. 24 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

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 della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 20 - Criteri di indennizzabilità delle Condizioni di assicurazione possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e 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 dove 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 provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Art. 25 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 26 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 1.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Altri diritti e doveri delle parti

Art. 27 - Dichiarazioni relative alle circostanze a rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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 del Codice Civile.

Art. 28 - Pagamento del premio

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile, 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 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. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 29 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti 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. 30 - Diminuzione del rischio

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

Art. 31 - Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate. Non sono comprese in questo obbligo le assicurazioni collettive o di gruppo aventi per Contraente una persona diversa dall'Assicurato e dal Contraente di questa polizza ed assicuranti una pluralità di persone sconosciute dall'Assicurato (conti correnti bancari; carte di credito; assicurazioni minimali derivanti dall'iscrizione ad associazioni sportive, culturali e simili, ecc.). In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 32 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad 1 anno è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto dall'Art. 23 - Recesso in caso di sinistro.

Disposizioni varie

Art. 33 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 34 - Oneri fiscali

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

Art. 35 - Rinvio alle norme di legge

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

DARAG Italia S.p.A.

Sede e direzione generale
Via Pampuri 13, 20141 Milano
darag@legalmail.it

DARAG Italia S.p.A. · Società per Azioni a socio unico · Capitale sociale € 43.900.000 i.v. · Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 n.146) · N° Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 07707320151 · Partita IVA N° 10042300151 · Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00061 · Società soggetta a direzione e coordinamento di DARAG Group Limited con sede a Malta.