

Contratto integrativo alla Garanzia base infortuni e malattia del PPB

Ramo 77

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.

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

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Norme che regolano l'invalidità permanente da infortunio e la diaria da ricovero da infortunio o malattia

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 disdetta 60 giorni prima della scadenza, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità così come indicato all'Art. 7 - Proroga dell'assicurazione - delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato in caso di Invalidità Permanente da infortunio e le Diarie corrisposte allo stesso per i ricoveri a causa di infortunio o malattia, così come rispettivamente indicato agli Artt. 10 e 12 delle Condizioni di assicurazione.

Per tali prestazioni assicurative sono operanti esclusioni e limitazioni sulle persone assicurabili, riportate agli Artt. 11.2, 12.2 e 14 delle Condizioni di assicurazione a cui si rimanda per i rispettivi dettagli.

Avvertenza. Per la prestazione Invalidità Permanente, nel caso di somma assicurata superiore a euro 52.000, è prevista una franchigia che limita l'indennizzo ai casi di percentuale di Invalidità Permanente superiore al 5% come indicato all'Art. 11.1. - Franchigia per l'invalidità permanente - delle Condizioni di assicurazione. Più precisamente se la somma assicurata fosse pari a euro 100.000 e l'infortunio risulta causare un'invalidità permanente del 6%, l'indennizzo verrà così calcolato: fino a euro 52.000 non si applica franchigia, mentre oltre opera una franchigia pari al 5%, quindi 6% - 5% = 1% da applicare alla somma assicurata di 48.000 (differenza fra 100.000 e 52.000). Quindi l'indennizzo risulterebbe pari a: 6% per 52.000 + 1% per 48.000 = 3.120 + 480 = 3.600 euro. Se invece la percentuale di invalidità permanente fosse stata del 21%, non essendo più operanti le franchigie, avremmo avuto: 100.000 x 21% = 21.000 euro.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza. Per le garanzie relative alle prestazioni malattie risultano operanti le carenze, ossia i termini dai quali risultano decorrere le garanzie stesse, indicate all'Art. 12.1 - Termini di aspettativa - delle Condizioni di assicurazione, a cui si rimanda per le informazioni di dettaglio.

5. 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, come precisato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni di assicurazione.

6. 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. 5 e 6 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 dove l'Assicurato in fase di stipula contrattuale dichiara per iscritto di non essere affetto da tossicodipendenza, ma durante il periodo di assicurazione ne diviene affetto ed omette di darne avviso. 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.

7. 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, a 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 (Sepa Direct Debit), 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.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso

Sia il Contraente che la Società possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro causato da infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo come previsto dall'Art. 21 - Recesso in caso di sinistro - delle Condizioni di assicurazione.

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.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno, dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 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.

11. 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.

12. Regime fiscale

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

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza. Per la garanzia Invalidità permanente da infortuni 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 (invalidità permanente, ricovero).

Per le garanzie Diaria da ricovero da infortuni o da malattia il sinistro insorge a partire dall'ottavo giorno di ricovero per infortunio o malattia così come indicato all'Art. 12 - Norme specifiche per la Diaria da ricovero da infortunio o malattia - delle Condizioni di assicurazione, ferme le carenze indicate all'Art. 12.1 - Termini di aspettativa.

In caso di infortunio la denuncia deve essere fatta entro tre giorni da quando l'assicurato ne ha avuto la possibilità corredata da certificato medico come indicato all'Art. 18 - Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato delle Condizioni di assicurazione.

Per la garanzia Diaria da infortuni o malattia l'assicurato deve presentare, in originale, l'attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto, dove risulti il motivo e la durata del ricovero come previsto dall'Art. 12 delle Condizioni di assicurazione.

Gli Artt. 19 - Criteri di indennizzabilità - e 20 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale - delle Condizioni di assicurazione dettagliano le procedure liquidative del danno.

14. 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.

- **Negoziante 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.

15. 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 così come previsto dall'Art. 20 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale - delle Condizioni di assicurazione.

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

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

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.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

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 invalidità permanente e/o un ricovero.

Invalità permanente

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Periodo di assicurazione

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

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

L'importo dovuto dal Contraente alla Società.

Ricovero

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

Rischio

La possibilità 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 contenute nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale

Il Direttore Generale

Dott. Emanuele Ruzzier



Condizioni di assicurazione

Edizione 03/2017

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del 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 Art. 1892, 1893 e 1984 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente polizza, fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro. L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.

Art. 3 - 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 di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, 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 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. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 6 - Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile 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.

Art. 7 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per 365 giorni, cioè un

anno, e così successivamente.

Art. 8 - Oneri fiscali

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

Art. 9 - Rinvio alle norme

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

Norme che regolano l'invalidità permanente da infortunio e la diaria da ricovero da infortunio o malattia

Art. 10 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extra-professionale, salvo quanto riportato nel successivo Art. 13. Sono considerati infortuni e quindi compresi in garanzia:

- a) l'asfissia di origine morbosa;
 - b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 - c) l'annegamento;
 - d) l'assideramento o il congelamento;
 - e) i colpi di sole o di calore;
 - f) le lesioni determinate da sforzi muscolari.
- Sono inoltre compresi gli infortuni derivanti da:
- g) stato di malore o incoscienza;
 - h) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
 - i) tumulti popolari, sommosse o atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
 - l) guida od uso di veicoli o di natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura;
 - m) pratica di sports in genere anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo, compresi i seguenti: ippica, calcio, ciclismo, subacquei - anche con uso di autorespiratori - rugby, football americano, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme;
 - n) le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - o) partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri, esclusi deltaplani ed ultra leggeri - da chiunque eserciti, tranne che:
 - da aeroclubs;
 - da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri.

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.

Art. 11 - Norme specifiche per l'invalidità permanente da infortunio

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro 730 giorni cioè 2 anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di 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, Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

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 del sinistro al destro.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali riportate nella tabella sopra menzionata 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 alla percentuale dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale anatomica funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione con un massimo del 100%.

Qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società corrisponde un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

Art. 11.1 - Franchigia per l'invalidità permanente

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata:

- sui primi 52.000,00 euro della somma assicurata senza alcuna detrazione;
- sull'importo eccedente i primi 52.000,00 euro non verrà riconosciuto alcun indennizzo per i primi 5 gradi di invalidità permanente (franchigia assoluta del 5%).

La franchigia di cui sopra non verrà applicata qualora l'invalidità permanente sia superiore al 20%.

Art. 11.2 - Esclusioni

Non sono indennizzabili gli infortuni:

- verificatisi in connessione con atti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonchè gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- verificatisi in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
- derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
- derivanti dalla guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione e/o mancante dei requisiti prescritti dall'abilitazione stessa o dalla legge;

- derivanti dalla guida od uso di aeromobili, salvo quanto previsto dall'Art. 10, lettera "o";
- derivanti dall'esercizio o pratica di paracadutismo o sports aerei in genere; sports ed attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto dal trampolino con sci o idrosci; speleologia; bob o guidoslitta; pugilato; scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
- sofferiti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abusi di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici.

La garanzia non vale inoltre per:

- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
- gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono sempre esclusi gli infarti e le ernie, salvo le ernie addominali traumatiche con l'intesa che:

- la copertura assicurativa ha effetto dall'entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'assicurato non è portatore di tale infermità.

In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dopo un periodo di aspettativa di 180 giorni;

- qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposta alcuna indennità;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio Medico di cui al successivo Art. 20.

Art. 12 - Norme specifiche per la diaria da ricovero da infortunio o malattia

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio o malattia, la Società corrisponde all'Assicurato, a partire dall'8° giorno di ricovero, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per la durata massima di 300 giorni per ogni periodo assicurativo.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in istituto di cura pubblico o privato, debitamente sottoscritto, dove risulti il motivo e la durata del ricovero. L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito dalla Società.

Art. 12.1 - Termini di aspettativa

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative agli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alle malattie;
- del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonchè per il parto.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'effetto dell'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante lo stesso assicurato ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza

sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esse previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 12.2 - Esclusioni

La garanzia non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo e colpa grave;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) gli infortuni esclusi nel precedente Art. 11.2;
- f) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) le protesi dentarie, le parodontopatie, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- l) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- m) i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- n) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificati istituti di cura;
- o) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- p) conseguenze di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- q) conseguenti a sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 13 - Limitazione ai soli rischi extra professionali

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 11.2 e 12.2 delle presenti norme, nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività di seguito elencate, l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:

- appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali;
- fabbricanti, manipolatori, venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;

- operatori nel campo dell'energia nucleare;
- artisti ed attori esposti a rischi speciali (acrobati, domatori e simili);
- collaudatori di auto e motoveicoli;
- manipolatori di sostanze corrosive, infiammabili o tossiche;
- addetti a zoo, luna-park e simili;
- guide alpine;
- addetti all'estrazione in cave o miniere nonché alla costruzione e manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- palombari;
- boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
- scaricatori di porto;
- addetti a stazioni di monta equina e taurina;
- addetti a manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
- addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree.

Art. 14 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe acconsentito 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. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle condizioni di assicurazioni e dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 15 - 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 o 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 del premio imponibile relativa al periodo di assicurazione pagato, ma non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha il diritto di ottenere la protrazione gratuita dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 16 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Art. 17 - 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. 18 - 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 e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità d'accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 19 - 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.11 delle presenti norme sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 20 - 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. 19 "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 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 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 Consiglio 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 un 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 arbitri nel verbale definitivo.

Art. 21 - 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. Se il sinistro è causato da malattia, la Società può esercitare tale recesso solo nei primi due anni dalla decorrenza del contratto.

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.

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.