

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni (al conducente):

PADANA VIAGGIO SICURO

Mod.PD-FI-1PVS - Ed. 12/2010

Il presente fascicolo informativo, contiene:

- **Nota informativa**
- **Condizioni di assicurazione**

e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

**Nota Informativa per contratto di assicurazione
infortuni (al conducente):**

**PADANA VIAGGIO SICURO
Mod.PD35NIPVS001 - aggiornato al 01.12.2010**

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche del contratto di assicurazione infortuni al conducente.

La nota informativa si articola in quattro sezioni: informazioni relative all'impresa di assicurazione, informazioni relative al contratto, informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Padana Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e al coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, iscrizione albo gruppi assicurativi n. d'ordine 031;
- b) sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;
- c) telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet www.padanaassicurazioni.it, posta elettronica infoclienti@padanaassicurazioni.it;
- d) impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 Giugno 1986 (G.U. del 28.6.1986 n.148) e successive autorizzazioni, iscrizione albo imprese di assicurazione n. 1.00062.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato (2009) indicano che Padana Assicurazioni ha un patrimonio netto di 35,8 milioni di euro, di cui 15,6 milioni di euro rappresentano il capitale sociale e 20,2 milioni di euro rappresentano il totale delle riserve patrimoniali e l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 3,7; si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

AVVERTENZA: così come indicato all'art.9 delle condizioni di assicurazione, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

3. Coperture assicurative offerte

Le garanzie offerte sono Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese mediche **a seguito di infortunio subito dal Conducente del veicolo descritto nel contratto, in conseguenza di incidente da circolazione occorso al veicolo medesimo. Tali garanzie non sono acquistabili singolarmente**, in quanto raggruppate in due combinazioni standard: Combinazione1 e Combinazione2, che hanno massimali diversi l'una dall'altra. Per ciascuna combinazione sono previste tre diverse opzioni: A-Autovettura, B-Autocarro, C-Ciclomotore/Motociclo.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati all'art.17 delle condizioni di assicurazione, tra i quali si segnala in particolare il caso di veicolo guidato in stato di ebbrezza ovvero sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. L'indennizzo si intende ridotto qualora al momento dell'infortunio, a bordo del veicolo, si trovano più persone di quante previste dalla carta di circolazione. Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiverà dalle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente paga il premio, così come indicato all'art.3 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna delle combinazioni/garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del massimale/somma assicurato indicato nel contratto. Si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza di franchigia assoluta per invalidità permanente (art.24 delle condizioni di assicurazione) per opzioni B-Autocarro e C-Ciclomotore/Motociclo e limite di indennizzo giornaliero per rette di degenza (art.25 condizioni di assicurazione) di cui illustriamo il meccanismo di funzionamento:

- franchigia, espressa percentualmente in relazione al grado di invalidità permanente residua: ad esempio, se all'Assicurato viene riconosciuta un'invalidità permanente del 10% e la percentuale della franchigia indicata nelle condizioni di assicurazione è del 3%, l'importo dell'indennizzo è dato dalla differenza tra il grado di invalidità permanente riconosciuto (10%) e la percentuale della franchigia (3%), moltiplicata per il capitale assicurato e divisa per 100; se all'Assicurato viene riconosciuta un'invalidità permanente pari o inferiore alla percentuale della franchigia, all'Assicurato non è corrisposto alcun indennizzo.
- limite di indennizzo giornaliero, l'importo massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto per la prestazione "rette di degenza" in caso di ricovero in istituti di cura a seguito di infortunio: se l'importo della retta giornaliera è pari o inferiore al limite di indennizzo giornaliero, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari all'importo della retta giornaliera moltiplicato per i giorni di degenza; se l'importo della retta giornaliera è superiore al limite di indennizzo giornaliero, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al limite di indennizzo giornaliero moltiplicato per i giorni di degenza.

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 sulla valutazione del rischio e sulla determinazione del relativo premio, possono comportare, così come previsto dall'art.1 delle condizioni di assicurazione, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In questo caso il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

AVVERTENZA: il contratto è nullo, così come previsto dall'art. 1895 del Codice Civile, se il rischio per il quale il Contraente lo ha stipulato non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione dello stesso.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve comunicare a Padana Assicurazioni, così come indicato agli artt.5 e 6 delle condizioni di assicurazione, eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio. Premesso che il premio non viene determinato sulla base della professione dell'Assicurato, ma in base al tipo di veicolo indicato nel contratto, per ciascuna combinazione assicurabile sono previste tre diverse tariffe: A-Autovettura, B-Autocarro, C-Ciclomotore/Motociclo; nel caso di cambio di omologazione/tipo del veicolo indicato nel contratto (ad esempio, stesso veicolo prima omologato come autovettura ed in seguito omologato come autocarro), il **Contraente deve darne immediata comunicazione a Padana Assicurazioni affinché questa proceda all'aggiornamento del premio. Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità".**

6. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione). I mezzi di pagamento consentiti da Padana Assicurazioni sono assegno, bancomat, bollettino postale, bonifico, denaro contante, RID e trattenuta sul cedolino, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio vigente. **Il Contraente deve richiedere al Suo Intermediario quali di questi mezzi di pagamento sono previsti dal mandato sottoscritto con Padana Assicurazioni.**

AVVERTENZA: è facoltà di Padana Assicurazioni e, nei limiti da essa fissati, dell'Intermediario, concedere sconti di premio in presenza di convenzioni stipulate.

AVVERTENZA: il Contraente, in caso di cessazione del rischio come indicato all'art.19 delle condizioni di assicurazione, ha diritto di ottenere il rimborso del premio pagato e non goduto relativo al periodo di garanzia residuo.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, così come i premi, non sono soggetti ad adeguamento in quanto trattasi di importi fissi ed assoluti per ciascuna combinazione/opzione/garanzia.

8. Informativa in corso di contratto

Padana Assicurazioni ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta. Padana Assicurazioni comunica per iscritto al Contraente eventuali modifiche

normative del Fascicolo informativo, mentre eventuali aggiornamenti non normativi del Fascicolo informativo sono pubblicati sul sito internet www.padanaassicurazioni.it.

9. Diritto di recesso

Così come già precisato precedentemente, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

AVVERTENZA: il Contraente e Padana Assicurazioni possono recedere dal contratto nei casi previsti dall'art.8 delle condizioni di assicurazione; inoltre il Contraente può recedere dal contratto, così come indicato all'art.19 delle condizioni di assicurazione, anche in caso di alienazione del veicolo indicato nel contratto stesso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile).

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5%, così come disposto dalla normativa vigente. **Tale normativa prevede altresì che in caso di conguaglio di premio a favore del Contraente, le imposte non vengano rimborsate allo stesso.**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: in caso di infortunio subito dal Conducente del veicolo descritto nel contratto, così come indicato all'art.7 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro.

AVVERTENZA: inoltre l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnato il contratto o alla Direzione della Padana Assicurazioni entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità (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; i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Padana Assicurazioni ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Padana Assicurazioni) che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

AVVERTENZA: se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva, la valutazione del grado di invalidità viene stabilita mediante visita medica cui l'Assicurato deve sottoporsi presso un medico fiduciario incaricato da Padana Assicurazioni.

Premesso che la valutazione del grado percentuale di invalidità permanente viene stabilita sulla base della "Tabella INAIL-Allegato n.1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1.124", gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.20-21-22-23-25-26 delle condizioni di assicurazione.

14. Reclami

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto

a Padana Assicurazioni presso l'Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Fax 02 5351794 - reclami@padanaassicurazioni.it.

Possono essere presentati all'ISVAP (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353) i reclami:

- per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- già presentati direttamente alle imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- per la risoluzione delle liti transfrontaliere (ovvero indirizzandoli direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

I reclami indirizzati all'ISVAP devono 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 della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente 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 conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

15. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato all'art.27 delle condizioni di assicurazione, l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità giudiziaria. In caso di arbitrato, il Collegio medico (collegio di tre medici nominati uno dall'Assicurato, uno da Padana Assicurazioni e uno di comune accordo), risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

D. GLOSSARIO

16. Termini assicurativi utilizzati nel presente fascicolo informativo

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;

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

Conducente: colui che è preposto alla guida del veicolo durante la circolazione;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta da Padana Assicurazioni in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento connesso con la circolazione del veicolo dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente;

Invalidità Permanente: 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;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Padana Assicurazioni;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infornuto) per il quale l'assicurazione è prestata;

Società: Padana Assicurazioni S.p.A..

Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle unità di misura definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche:

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile);

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno;

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo);

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni;

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Padana Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa

**Padana Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dott. Claudio Rampin**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
valide dalle ore 24:00 del 01 Dicembre 2010

Contratto di assicurazione infortuni (al conducente):

PADANA VIAGGIO SICURO
Mod.PD35CPVS001 - aggiornato al 01.12.2010

Il testo delle presenti “Condizioni di assicurazione” è conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi di Milano, con atto in data 08/11/2010 n. 7431/3938 del suo repertorio. Le " condizioni di assicurazione", unitamente alla relativa "nota informativa", costituiscono un unico fascicolo informativo del contratto di assicurazione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuna di esse l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Il Contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:

- di cui gli Assicurati siano titolari automaticamente quali intestatari di carte di credito o conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Società in adempimento a contratti collettivi nazionali o a contratti integrativi aziendali.

Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata del 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.

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di 365giorni/366(se anno bisestile) ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo 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 del Codice Civile.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. **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 (art. 1898 del Codice Civile).**

Art. 6 - 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 (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato/Contraente o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto è loro possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità (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; i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso richiesto dal Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione alla Società. Il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte del Contraente.

La Società, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 8 "Recesso in caso di sinistro". In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 12 - Prova

L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 13 - Termine di Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile).

Art. 14 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 15 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

In caso di infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PADANA VIAGGIO SICURO

Art. 16 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione opera, **nei limiti previsti dalla combinazione prescelta e risultante nel frontespizio di polizza**, per gli infortuni subiti dal Conducente del veicolo indicato, in conseguenza di un incidente di circolazione occorso al veicolo medesimo.

Sono compresi gli infortuni:

- conseguenti a malore o stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcolici o di psicofarmaci oppure da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- causati da colpa grave del Conducente.

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni occorsi al Conducente:

- in fase di salita e discesa dal veicolo indicato in polizza;
- durante le operazioni di carico e scarico bagagli;
- in occasione di controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.

Art. 17 - Limitazioni ed esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- a) **avvenuti quando il Conducente si trova in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di stupefacenti ed allucinogeni;**
- b) **derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove;**
- c) **derivanti da guerre, insurrezioni, tumulti popolari, calamità naturali, nonché da proprie provocazioni od azioni delittuose;**
- d) **derivanti 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.).**

L'assicurazione non è operante:

- e) **per gli infortuni subiti da tutte le persone trasportate diverse dal Conducente;**
- f) **se il Conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;**
- g) **se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti e alle indicazioni della carta di circolazione;**
- h) **per le persone che usano il veicolo arbitrariamente, o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente.**

L'Assicurazione è ridotta:

- i) **se al momento dell'infortunio si trova nel veicolo un numero di persone (compreso il Conducente) superiore a quello dei posti autorizzati secondo la carta di circolazione. In tal caso la riduzione delle prestazioni assicurative avverrà secondo la proporzione esistente tra il numero dei posti autorizzati e il numero delle persone effettivamente trasportate.**

Art. 18 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, psicofarmaci, allucinogeni), da sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, epilessia, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della polizza, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro quarantacinque giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio al netto dell'imposta già pagata, e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della polizza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 19 - Alienazione del veicolo assicurato

1. Venduto e sostituito

La polizza continua per il nuovo veicolo, la sostituzione deve essere comunicata immediatamente e la polizza sarà adattata alle eventuali modificazioni. **Fermo quanto previsto all'art. 5 "Aggravamento del rischio" se il Contraente omette tale comunicazione la polizza sarà considerata valida per la nuova vettura solo nel caso in cui il Contraente stesso possa dimostrare, mediante la continuità**

della assicurazione R.C.A. presso la presente Società, che la mancata comunicazione è dovuta a dimenticanza o disagio.

2. Venduto e temporaneamente non sostituito

La polizza, a richiesta del Contraente, sarà **sospesa per un periodo massimo di centottanta giorni**. Trascorso tale periodo la polizza cesserà con le modalità previste al punto seguente.

3. Venduto o demolito e non sostituito

La polizza cessa. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato entro trenta giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio, **al netto dell'imposta**, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 20 - Caso di 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.

La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dall'infortunio anche successivamente alla scadenza della polizza.

Art. 21 - Morte presunta

Quando l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice Civile, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.**

Art. 22 - Invalidità Permanente

a) **L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.**

b) **Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.**

c) **Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (fermo quanto previsto dal successivo art. 24 "Franchigia assoluta Invalidità Permanente"), in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella seguente tabella.**

Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente (ex Tabella INAIL, Allegato N. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1.124)

Per la Perdita Totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D	= =	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambe le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
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	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esito di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio)		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40

DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D	= =	S
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Di un braccio: per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
Di un braccio: per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110°-75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione gomito(anchilosi completa)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 prono supinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una gamba per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una gamba in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio Articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove occorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità dell'articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.

5. In caso di afachia monolaterale:

	Percentuali
con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

d) **Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva**, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate 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 a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

e) **La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti** comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

f) **Il grado di invalidità viene stabilito** al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili; **in caso di controversia vale l'art. 27 "Controversie - Arbitrato irrituale"**;

g) **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. 23 - Pagamento anticipato di un indennizzo per grado di invalidità superiore al 20%

Decorsi novanta giorni dall'infortunio, qualora si preveda - in base ai normali criteri nosologici e medico legali - una invalidità permanente - superiore al 20%, la Società anticiperà il pagamento di un indennizzo pari al 5% della somma assicurata, fino ad un massimo di €5.200,00. L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 24 - Franchigia assoluta Invalidità Permanente

Limitatamente alle opzioni B-Autocarro e C-Ciclomotore/Motociclo, l'indennizzo non è dovuto qualora l'invalidità permanente residua risulti pari o inferiore al 3%; pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a detta percentuale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 25 - Spese di cura

La Società rimborsa **sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza**, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

- a) onorari dei medici chirurgici;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche (**escluse cure termali e similari**), spese farmaceutiche e relativi tickets;
- d) trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;
- e) retta di degenza, **per un importo giornaliero non superiore ad €100,00.**

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e semprechè la protesi sia applicata entro e non oltre 365giorni/366(se anno bisestile) dalla data del sinistro.

La Società effettua il rimborso, a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

Art. 26 - Criteri di indennizzabilità

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 integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 22 "Invalidità Permanente", sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 27 - 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, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 26 "Criteri di indennizzabilità", possono essere demandate per iscritto 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 o domicilio eletto dallo stesso.

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 dei medici. 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 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 arbitri nel verbale definitivo.

Padana Assicurazioni S.p.A

Via Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel 02 5351.1 Fax 02 5351.829

Internet: www.padanaassicurazioni.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.

Numero di iscrizione del Registro delle imprese di Milano Cod. Fisc. 02446390581- R.E.A. n. 865966

Partita I.V.A. 07530080154

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Iscr. Albo Gruppi Assicurativi n. d'ordine 031

Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

Società con Unico Socio

Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20 giugno 1986

(G.U. del 28/6/1986 n. 148) e successive autorizzazioni