

FASCICOLO INFORMATIVO

Nota Informativa per contratto di assicurazione infortuni
(e garanzie assistenza-tutela legale):

PADANA

SICURAMENTE FAMIGLIA

Mod.PD-FI-1PSF - Ed. 09/2011

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 (e garanzie assistenza-tutela legale):**

**PADANA SICURAMENTE FAMIGLIA
Mod.PD35NIPSF001 - aggiornato al 01.09.2011**

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 - assistenza - tutela legale**.

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 (2010) indicano che Padana Assicurazioni ha un patrimonio netto di 36,8 milioni di euro, di cui 15,6 milioni di euro rappresentano il capitale sociale e 21,2 milioni di euro rappresentano il totale delle riserve patrimoniali e l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 3,9; 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.8 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

Il contratto prevede le tre sezioni di seguito riportate, che contemplano complessivamente cinque garanzie, le quali garantiscono l'Assicurato contro i rischi da infortunio occorso sia nell'esercizio di attività professionali che di attività non aventi carattere professionale:

- la **sezione A-Tutela legale, sezione obbligatoria** che prevede un massimale per sinistro di euro 10.000,00 (art.23 delle condizioni di assicurazione);
- la **sezione B-Assistenza, sezione obbligatoria** che prevede un pacchetto di prestazioni di assistenza, i cui massimali sono indicati agli artt.33 e 34 delle condizioni di assicurazione;
- la **sezione C-Infortuni**, sezione che contempla tre garanzie: **1)Danno biologico (garanzia obbligatoria ed alternativa alla successiva) - 2)Danno biologico grave (garanzia obbligatoria ed alternativa alla precedente) - 3)Morte (garanzia facoltativa)**. La garanzia 1)Danno Biologico prevede anche l'estensione al rimborso delle spese di cura sostenute **esclusivamente a seguito di infortunio da cui sia derivato un danno biologico permanente, con un massimale pari ad un centesimo della somma assicurata con il limite massimo di euro 1.500,00.**

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni):

- sezione A-Tutela legale: **nei casi indicati agli artt.16 e 26 delle condizioni di assicurazione;**
- sezione B-Assistenza: **nei casi indicati agli artt.16 e 35 delle condizioni di assicurazione;**
- sezione C-Infortuni: **nei casi indicati agli artt.16 e 38 delle condizioni di assicurazione;**

Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiva dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga il premio, così come indicato all'art.3 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna delle sezioni/garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del massimale/somma assicurata indicati nel contratto; al riguardo si precisa che i massimali

della garanzia Assistenza sono indicati nella sezione B delle condizioni di assicurazione mentre il massimale dell'estensione "Spese di cura" è indicato all'art.53 delle condizioni di assicurazione. Si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza nel contratto delle franchigie e degli scoperti sottoelencati, di cui illustriamo altresì il meccanismo di funzionamento:

- **franchigia, applicata sulla liquidazione di indennizzi per Danno biologico (art.52 delle condizioni di assicurazione) e Danno biologico grave (art.55 delle condizioni di assicurazione):** è la percentuale riferita al grado di danno biologico permanente residua che non viene indennizzata all'Assicurato; ad esempio, se all'Assicurato viene riconosciuto un danno biologico permanente inferiore o pari alla percentuale della franchigia indicata nelle condizioni di assicurazione, all'Assicurato non è corrisposto alcun indennizzo; se all'Assicurato viene riconosciuto un danno biologico permanente superiore alla percentuale della franchigia indicata nelle condizioni di assicurazione, l'indennizzo è corrisposto per intero senza applicazione della franchigia. **E' inoltre prevista l'applicazione della franchigia di euro 50,00 o di euro 100,00 per Spese di cura (art.53 delle condizioni di assicurazione)**, che costituisce l'importo che rimane a carico dell'Assicurato in caso di sinistro: ad esempio, se l'importo della spesa rimborsabile è pari ad euro 100,00, l'importo dovuto all'Assicurato è pari ad euro 50,00; se l'importo della spesa rimborsabile è pari o inferiore ad euro 50,00, all'Assicurato non è corrisposto alcun rimborso;
- **scoperto/minimo, applicato sul rimborso per Spese di cura (art.53 delle condizioni di assicurazione):** è la percentuale (50%) dell'importo rimborsabile o l'importo minimo (euro 100,00) che rimangono a carico dell'Assicurato in caso di sinistro: ad esempio, se l'importo della spesa rimborsabile è pari ad euro 2.000,00, il rimborso dovuto all'Assicurato è pari ad euro 1.000,00, in quanto si applica lo scoperto calcolato percentualmente (euro 1.000,00), superiore al minimo di euro 100,00; se l'importo della spesa rimborsabile è pari ad euro 150,00, il rimborso dovuto all'Assicurato è pari ad euro 50,00, in quanto si applica il minimo dello scoperto (euro 100,00), superiore allo scoperto calcolato percentualmente (euro 75,00);

AVVERTENZA: il contratto prevede il limite di età assicurabile di ottanta anni, così come indicato all'art.21 delle condizioni di assicurazione.

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, compreso il cambiamento dell'attività professionale, così come indicato all'art.17 delle condizioni di assicurazione. Pertanto in caso di cambiamento di professione successivo alla stipula del contratto, **il Contraente deve darne immediata comunicazione a Padana Assicurazioni affinché questa possa procedere all'eventuale 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" della presente Nota Informativa.**

6. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione) o semestrale (**con aumento del 3%**). 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.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento automatico; è comunque facoltà del Contraente, così come indicato all'art.4 delle condizioni di assicurazione, richiedere eventuali modifiche delle somme assicurate in occasione della proroga del contratto.

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 del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative 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, mentre Padana Assicurazioni può recedere dal contratto anche nei casi previsti dall'art.16 delle condizioni di assicurazione.

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 come 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, così come disposto dalla normativa vigente, l'imposizione, sul premio imponibile, delle seguenti aliquote d'imposta: 2,5% per la sezione A-Tutela legale, 10% per la sezione B-Assistenza, 2,5% per la sezione C-Infortunati. **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 (vedi Glossario), così come indicato all'art.39 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurato deve darne avviso scritto a Padana Assicurazioni entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità. Relativamente alle garanzie Tutela legale e Assistenza l'Assicurato deve denunciare il sinistro così come indicato rispettivamente agli artt.28 e 36 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: inoltre l'Assicurato, in caso di infortunio, così come indicato all'art.39 delle condizioni di assicurazione, 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. 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. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari 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 danno biologico permanente, 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 danno biologico permanente viene stabilita sulla base della tabella INAIL delle menomazioni del "Danno biologico permanente" (Decreto del Ministero del

Lavoro del 12.7.2000), gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno per la garanzia infortuni sono indicati agli artt.40-41-43-44-49-51-58 delle condizioni di assicurazione. Per quanto riguarda la gestione dei sinistri delle sezioni A-Tutela legale e B-Assistenza si rimanda alla successiva avvertenza.

AVVERTENZA: la gestione dei sinistri della sezione garanzia Tutela legale, così come indicato nella sezione A delle condizioni di assicurazione, è affidata a D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri SpA di Assicurazione, mentre la gestione dei sinistri della garanzia Assistenza, così come indicato nella sezione B delle condizioni di assicurazione, è affidata a Europ Assistance Italia SpA.

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, per la sezione C-Infortuni, in caso di danno biologico permanente, così come indicato all'art.50 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. Anche per la sezione A-Tutela legale, il contratto prevede l'arbitrato così come indicato all'art.30 delle condizioni di assicurazione.

16. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Ai sensi del D. Lgs n. 28/2010 e successive disposizioni, le controversie in materia di contratti di assicurazione devono essere preliminarmente sottoposte a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di una istanza presso tali Organismi di Mediazione e deve essere inoltrata tempestivamente presso la sede legale della Compagnia.

AVVERTENZA: il procedimento di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale innanzi l'Autorità Giudiziaria. In seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione, il Contraente o l'Assicurato potranno utilmente adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal contratto.

D. GLOSSARIO

17. 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;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Franchigia: la cifra fissa o la percentuale che resta a carico dell'Assicurato in caso di sinistro;

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

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

Massimale: la massima cifra che Padana Assicurazioni potrebbe risarcire in caso di sinistro, in base a quanto stabilito dalle condizioni contrattuali;

Parti: l'Assicurato, il Contraente, la Società;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Padana Assicurazioni;

Scoperto: la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente stabilito dalle condizioni contrattuali;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) 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. Sandro Scapellato



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
valide dalle ore 24:00 del 31 Agosto 2011

Contratto di assicurazione infortuni (e garanzie assistenza - tutela legale):

PADANA SICURAMENTE FAMIGLIA
Mod.PD35CPSF001 - aggiornato al 01.09.2011

Il testo delle presenti “Condizioni di assicurazione” è conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi di Milano, con atto in data 22/09/2011 n. 8320/4446 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 e/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 (artt. 1892, 1893 e 1894 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 tempestivamente avviso per iscritto 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 in qualità di intestatari, ad esempio, di carte di credito, conti correnti bancari, skipass, eccetera;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Imprese assicuratrici in adempimento a contratti collettivi nazionali o 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 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 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 (art.1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - 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. 8 - 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'articolo "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. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - 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. 11 - Procedimento di mediazione e foro competente

Ai sensi del D. Lgs n. 28/2010 e successive disposizioni, le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia. In seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione, le Parti potranno utilmente adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui

Qualora il contratto sia stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dallo stesso devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile. Si precisa altresì che il Contraente deve essere obbligatoriamente una persona fisica e non una persona giuridica.

Art. 13 - Prova

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

Art. 14 - 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 della Società alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile) dalle scadenze delle stesse.

NORME COMUNI ALLE SEZIONI

Art. 15 - Persone assicurabili e classificazione del rischio

Ferme le limitazioni e le esclusioni previste dagli articoli successivi, sono assicurabili tutte le persone che rientrano nella classificazione di rischio di cui alla tabella sottoindicata:

Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio	Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio
Abbattitori di Piante	D	Geologi	B
Addobbatori	C	Geometri che non accedono ai cantieri	A
Agenti di Assicurazione	B	Geometri che accedono ai cantieri	B
Agenti di Cambio e di Borsa	B	Giardinieri senza potatura di alberi - vivaisti	C
Agenti di Commercio/Pubblicità/Viaggio/Immobiliari/Teatrali/Marittimi	B	Gioiellieri	B
Agricoltori (Proprietari, Affittuari) senza lavori manuali	B	Giornalai	A
Agricoltori che lavorano manualmente	D	Giornalisti (Cronisti, Corrispondenti)	B
Agronomi	B	Gommisti	C
Albergatori con lavoro manuale	B	Grafici	B
Albergatori senza lavoro manuale	A	Guardarobieri	B
Allevatori/Addestratori di Animali Domestici	C	Guide Turistiche	B
Allevatori di Animali che non prestano opera manuale	B	IIdraulici solo all'interno di edifici o a terra	C
Allevatori di Equini, Bovini, Suini	D	Imbianchini anche all'esterno di edifici	D
Ambasciatori, Consoli, Personale Diplomatico in genere	A	Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature	C
Amministratori di Società e di Condomini	A	Impiegati amministrativi in genere	A
Analisti Chimici	B	Impiegati Tecnici	B
Antennisti (Installatori di Antenne Radio-Tv)	D	Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori	C
Antiquari, senza restauro	A	Imprenditori in genere che non lavorano manualmente	A
Apicoltori	C	Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori	B
Architetti senza accesso ai cantieri	A	Infanti	A
Architetti con accesso ai cantieri	B	Infermieri diplomati/ Ostetriche	B
Arredatori	B	Ingegneri che accedono anche ai cantieri	B
Arrotini	C	Ingegneri occupati solo in ufficio	A
Assistenti Sociali	B	Insegnanti di Educazione Fisica, Basket, Tennis, Nuoto,	B
Autisti di Autovetture in servizio privato (Taxi) Ecc.	C	Insegnanti di Scuole e Docenti Universitari	A
Autorimesse: Addetti a lavori di riparazione, manutenzione ecc.	C	Interpreti	A
Autorimesse: Esercenti che non lavorano manualmente	B	Istruttori di Scuola Guida	B
Autotrasportatori che guidano anche veicoli con carico/scarico	D	Laccatori	B
Autotrasportatori, Titolari d'impresa senza opera manuale	B	Lattornieri anche su impalcature e ponti	D
Avvocati e Procuratori Legali	A	Litografi	C
Bagnini	C	Macellai	C
Bambinaie/Baby-Sitter	B	Magistrati	A
Barbieri	B	Magliaie	B
Baristi	B	Marmisti (Posatori) solo a terra	C
Benestanti senza particolari occupazioni	A	Marmisti anche su impalcature e ponti	D
Benzinaie	C	Massaggiatori (non Sportivi)	A
Bidelli	B	Massaggiatori Sportivi	B
Biologi	B	Materassai	C
Callisti	B	Meccanici	C
Calzolai	C	Medici Generici/Specialisti (Radiologi senza effetti per	A
Camerieri	B	Mobilieri: Fabbricazione Mobili in Ferro	C
Carpentieri in legno o ferro	D	Mobilieri: Fabbricazione Mobili in Legno	D
Carrozzeri di Autoveicoli	C	Muratori	D
Casalinghe	B	Musicisti	A
Casari	C	Netturbini	C
Cave a giorno - Proprietari o addetti senza opera manuale	B	Notai	A
Cave a giorno senza uso di mine - lavoro manuale	D	Odontotecnici	B
Ceramisti	B	Orefici	B
Cesellatori	B	Ottici/Optometrismi	B
Clero (Appartenenti al)	A	Panificatori/Pasticcieri	C
Commercialisti, Consulenti in materia di Lavoro-Fiscale-Amm. va	A	Parrucchieri	B
Commercianti Ambulanti	B	Pedicure/Manicure	A
Commessi	B	Pellicciai (Addetti alla confezione)	B
Commessi Viaggiatori con trasporto e consegna merce	C	Pensionati	A
Commessi Viaggiatori senza trasporto e consegna merce	B	Periti, Liberi Professionisti, occupati anche all'esterno	B
Concessionari Auto-Motoveicoli	A	Pescatori (pesca marittima costiera)	D
Corniciai	C	Piastrellisti	C
Cuochi	C	Pizzaioli	C
Decoratori	C	Portieri di stabili	B
Direttori di Orchestra	A	Postini	B
Dirigenti con accesso in Cantieri, Ponti Ecc.	B	Puericultrici	A
Dirigenti occupati solo in Ufficio	A	Restauratori di mobili	C
Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro	B	Restauratori in genere, escluso mobili	B
Disegnatori occupati solo in ufficio	A	Ricamatrici/Rammendatrici	B
Disinfestatori	C	Riparatori Radio-Tv	C
Distributori di carburante (Addetti) con manutenzione	C	Ristoratori con lavoro manuale	C
Distributori di carburante (Addetti) senza manutenzione	B	Ristoratori senza lavoro manuale	B
Domestici	C	Sagrestani	A
Elettrauti	C	Saldatori	C
Elettricisti all'esterno di edifici su linee ad alta tensione	D	Salumieri	C
Elettricisti all'interno di edifici su linee a bassa tensione	C	Sarti	B
Enologi ed enotecnici	B	Scrittori	A
Estetisti	A	Scultori	C
Fabbri	C	Spazzacamini	D
Facchini (Portabagagli) di piccoli colli	C	Speleologi	D
Facchini addetti al carico e scarico generico (portuali Ecc.)	D	Studenti	A
Falegnami	C	Tappezzeri	C
Farmacisti	B	Tintori	B
Fattorini	C	Tipografi	C
Florai	B	Tornitori	C
Fisioterapisti	B	Ufficiali Giudiziari	B

Floricoltori	C
Fotografi in studio	A
Fotografi anche all'esterno	B

Veterinari	B
Vetrai	C
Vetrinisti	B

Limitatamente alla sezione infortuni, per ciascuna garanzia assicurabile, ad ogni classe di rischio corrisponde un tasso di premio diverso, crescente dalla classe A alla classe D.

Art. 16 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone la cui professione è connessa ad attività aeree in genere, ad uso o impiego di materie esplosive, a lavori in miniera o nel sottosuolo, ad uso-impiego ed effetti di energia nucleare, ad attività subacquee e ad attività sportive professionali.

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione del contratto, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, psicofarmaci, allucinogeni), da sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, epilessia, non avrebbe proceduto all'emissione del contratto, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, 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. 17 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, si applica quanto disposto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, così come indicato ai precedenti articoli "Aggravamento del rischio" e "Diminuzione del rischio".

Art. 18 - Menomazioni preesistenti

Il Contraente, tenuto conto di quanto disposto all'articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", ha l'obbligo di dichiarare alla Società, precedentemente rispetto alla stipula del contratto, eventuali menomazioni preesistenti dell'Assicurato.

Art. 19 - Nucleo familiare

Qualora siano stipulati nel corso dello stesso anno solare più contratti riferiti al medesimo nucleo familiare (risultante dallo stato di famiglia) ed al medesimo Contraente, sono concessi sconti di tariffa.

Art. 20 - Somma assicurata - Massimale

La somma entro la quale la Società, per ciascuna garanzia assicurata, risponde per ogni sinistro e/o caso assicurativo. Le somme assicurate per ciascuna garanzia sono indicate in polizza, fatta eccezione per i massimali della garanzia ASSISTENZA e dell'estensione "SPESE DI CURA" alla garanzia DANNO BIOLOGICO, che sono evidenziate nelle norme che regolano le predette garanzie.

Art. 21 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a ottanta anni. Tuttavia le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Art. 22 - Limiti territoriali

Ferme le limitazioni e le esclusioni previste nelle singole sezioni, l'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che eventuali indennizzi liquidabili a termine di polizza saranno comunque corrisposti in euro.

SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE (garanzia obbligatoria ed espressamente richiamata in polizza)

In relazione alla normativa di cui al D.Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, articoli 163 e 164, **la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.**, sito internet www.das.it - tel. 045.83.78.901 - fax 045.83.51.023, di seguito denominata **D.A.S.**, alla quale dovranno pertanto pervenire tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa a tali sinistri. Per caso assicurativo/sinistro si intende la controversia o il procedimento per il quale è prestata l'assicurazione.

Art. 23 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura, sino alla concorrenza di euro 10.000,00 per ogni sinistro, il rischio delle spese di assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato assunti in garanzia e più precisamente:

- gli oneri per l'intervento di un legale;
- gli oneri per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio;
- gli oneri per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- le spese liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- le spese conseguenti **ad una transazione autorizzata da D.A.S.**;
- le spese degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- le spese di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- le spese per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria.

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

Art. 24 - Ambito dell'assicurazione

La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato esclusivamente quando sia rimasto vittima di un infortunio e opera per:

1. **ottenere il risarcimento dei danni extracontrattuali subiti per fatto illecito di terzi;** qualora l'evento che ha causato l'infortunio abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
2. **sostenere eventuali vertenze di natura contrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture pubbliche o private,** ai quali l'Assicurato si sia rivolto in seguito ad infortunio per le quali **il valore in lite sia superiore a euro 200,00.**

Ad integrazione di quanto sopra, la Società garantisce il servizio di consulenza telefonica sottoindicato, nell'ambito delle materie previste dalla presente copertura:

ConsulDAS telefonica, con il numero verde 800 341143

L'Assicurato può telefonare:

- **dal lunedì al giovedì, dalle ore 8.00 alle ore 17.00;**
- **il venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 13.00;**

per ottenere:

- consulenza legale;
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;
- consultazione preventiva ed assistenza, nel caso in cui l'Assicurato debba prestare testimonianza davanti agli Organi di polizia o della Magistratura inquirente oppure in un procedimento civile e/o penale.

Art. 25 - Limiti territoriali

Le garanzie riguardano i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- **in tutti gli Stati d'Europa, nelle ipotesi di danni extracontrattuali;**
- **in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, nei casi di vertenze contrattuali.**

Art. 26 - Esclusioni

La garanzia è esclusa per:

- **sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;**
- **danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;**
- **materia fiscale ed amministrativa.**

Inoltre se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

1. **se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;**

2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs n. 209 del 7/9/2005 e successive modifiche ed integrazioni;

3. se l'Assicurato:

- è imputato del reato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli articoli 186 comma 6 e 187 comma 5 del Nuovo Codice della Strada;
- è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Nuovo Codice della Strada).

In deroga all'esclusione di cui al punto 1, la garanzia è operante se il Conducente non ha ancora ottenuto la patente pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida oppure è munito di patente scaduta, purché ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i novanta giorni successivi al sinistro.

Art. 27 - Insorgenza del sinistro - operatività della garanzia

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono:

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto di assicurazione, se si tratta di risarcimento di danni extracontrattuali;
- trascorsi novanta giorni dalla stipulazione del contratto di assicurazione, nelle restanti ipotesi.

La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto di assicurazione, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione, annullamento o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.

Le vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti sinistro unico.

Art. 28 - Denuncia del sinistro e libera scelta del legale

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo a D.A.S., tramite la Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti (con l'indicazione di eventuali testimoni e/o la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio), regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire alla Direzione Generale di D.A.S. la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo. Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, D.A.S. garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di euro 3.000,00. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per caso assicurativo e per anno. La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società e con D.A.S.

Art. 29 - Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, D.A.S. (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs n. 209 del 7/9/2005) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentano possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'articolo "Denuncia del sinistro e libera scelta del legale".

Per ogni stato della vertenza e grado del giudizio, gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con D.A.S.. Allo stesso modo, per le fasi giudiziali successive a quella già autorizzata, anche gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con la Società, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure.

L'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo verrà estesa a due tentativi.

L'Assicurato, senza preventiva autorizzazione della Società, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico della Società. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati dalla D.A.S., che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

D.A.S. non è responsabile dell'operato di legali e periti.

Art. 30 - Disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e D.A.S. sulla gestione del sinistro la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le Parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della Parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da D.A.S. la rifusione delle spese incontrate e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito, sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da D.A.S. stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 31 - Recupero somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla D.A.S. quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA (garanzia obbligatoria ed espressamente richiamata in polizza)

Art. 32 - Definizioni specifiche della sezione Assistenza

Familiare: coniuge o convivente more uxorio, fratello o sorella, figlio o figlia, genitore della persona che ha diritto alla prestazione di Assistenza;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. **Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;**

Padana Assistance: il servizio di pronta assistenza, organizzato da Padana Assicurazioni in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.;

Prestazioni: sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato;

Ricovero: degenza dovuta ad infortunio comportante necessità di pernottamento in istituto di cura o comportante necessità di permanenza in day hospital presso un istituto di cura;

Sinistro: il singolo fatto o avvenimento, **esclusivamente conseguente ad infortunio**, che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato;

Struttura Organizzativa: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal presente contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Art. 33 - Padana Assistance - Prestazioni

1) Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore. **In nessun caso la consulenza prestata sulla base delle informazioni ricevute potrà considerarsi una diagnosi medica.**

2) Invio di un medico generico al domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, **a seguito di infortunio in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo**, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un medico al domicilio dell'Assicurato o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società. In caso di impossibilità di reperire un medico che possa intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato ad altro istituto di cura o alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare direttamente un'autoambulanza, **tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa fino ad un massimo di 300 km (tra andata e ritorno).**

4) Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, **nella settimana successiva al rientro da un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio**, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procura direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.**

5) Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.**

6) Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, **in seguito a ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni per infortunio**, sia impossibilitato, **certificato da idonea documentazione medica**, ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, **nei primi quindici giorni di convalescenza post-ricovero**, provvede all'invio di un proprio incaricato, **compatibilmente con**

le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

7) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni e sia temporaneamente invalido, certificato da idonea documentazione medica e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.

Art. 34 - Padana Assistance - Prestazioni operanti esclusivamente quando il sinistro si verifica ad oltre 200 km dal luogo di residenza dell'Assicurato e all'estero

8) Rientro sanitario

Se in seguito ad infortunio, l'Assicurato necessita, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Società provvede, con spese a suo carico, ad organizzarne il rientro con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

Tale mezzo potrà essere:

- l'aereo di linea in classe economica, con posto barellato qualora ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa;
- il treno in prima classe, con vagone letto qualora ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il rientro sanitario da paesi extraeuropei, viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica. Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo può essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprende l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritengano necessaria.

La Società ha il diritto di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

9) Rientro con un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui sopra e i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizza anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

La Società ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario o altri documenti di viaggio non utilizzati.

10) Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di euro 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;

- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

L'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

11) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società tiene a proprio carico la relativa spesa. **Sono escluse dalla copertura le spese di soggiorno del familiare.**

12) Accompagnamento di minori di quindici anni

Qualora a seguito di infortunio, l'Assicurato accompagnato da minori di quindici anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. **Sono escluse dalla copertura le spese di soggiorno del familiare.**

L'Assicurato deve comunicare nome, cognome e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

13) Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio, l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 3.000,00 per sinistro. Se tale prestazione comportasse un esborso superiore a tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse dalla copertura le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma.

Art. 35 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi

1. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di sessanta giorni;
2. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro;
3. tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'Assicurato;
 - d) suicidio o tentato suicidio;
 - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
 - f) infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - g) l'espianto e/o il trapianto di organi;
4. le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
5. qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
6. il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa immediatamente al verificarsi del sinistro;
7. la Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

Art. 36 - Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di sinistro

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o, se impossibilitato, anche per mezzo di terze persone, deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24, indifferente nei seguenti modi:

- telefonando dall'Italia al numero verde 800 361370;
- telefonando dall'estero al numero telefonico +39 02 58286892;
- inviando un telegramma o una lettera raccomandata a Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 - Milano;
- inviando un fax al numero + 39 02 58477201.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- il proprio nome, cognome e domicilio;
- **il numero della polizza preceduto dalla sigla PAIN;**
- il luogo in cui si è verificato il sinistro;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa può richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata e sostenute per la gestione dell'assistenza sono a carico della Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla prestazione e alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare tempestivamente gli ORIGINALI e non le fotocopie dei documenti giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute.

In ogni caso l'intervento deve sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interviene direttamente o deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione dell'intervento stesso.

SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 37 - Oggetto dell'assicurazione

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un danno biologico permanente. L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nell'esercizio delle attività professionali sia nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. **Sono altresì comprese in garanzia:**

- a) le malattie tropicali;
- b) le asfissie meccaniche compresa l'asfissia da annegamento;
- c) le lesioni determinate da sforzi di qualunque tipo, sempre che lo sforzo rappresenti la causa diretta ed esclusiva della lesione;
- d) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo salvo quanto escluso alla lettera h) dell'articolo "Esclusioni dalla garanzia" a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; per terrorismo si intende un atto o più atti commessi da qualsiasi persona o gruppo o gruppi di persone con propositi politici, religiosi, ideologici o simili per influenzare i governi o intimorire la collettività o una parte di essa. Il termine terrorismo è esteso, ma non si limita, all'uso effettivo della forza o della violenza e/o alla minaccia di tale uso. Inoltre l'autore dell'atto terroristico può agire singolarmente o per tramite o in collegamento con qualsiasi organizzazione o governo;
- e) gli infortuni dovuti ad atti di aggressione e di violenza subiti dall'Assicurato che non siano stati da lui provocati ed ai quali lo stesso non abbia preso parte attiva e quelli connessi al richiamo alle armi per ordinarie esercitazioni in tempo di pace;
- f) gli infortuni derivanti da guerra anche se non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, **per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un paese straniero dove nessuno degli eventi stessi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale paese. La copertura per gli infortuni derivanti da guerra, guerra civile, ed insurrezioni di cui sopra non sarà in ogni caso valida:**
 - per eventi verificatisi sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino o dello stato della Città del Vaticano;
 - allo scoppio di guerra (che sia o meno dichiarata) tra qualsiasi dei seguenti Stati: Regno Unito, Stati Uniti d'America, Francia, Russia ed ex Repubbliche Sovietiche, Repubblica Popolare Cinese, Italia e Germania. Se l'aereo è in volo, allo scoppio del conflitto, la garanzia resterà valida per l'Assicurato fino al completamento del primo atterraggio dopo tale avvenimento;
 - alla detonazione a scopo ostile di un'arma da guerra impiegante la fissione e/o fusione nucleare o atomica o altre forze o materiali radioattivi, chimici e batteriologici, dovunque e in qualsiasi momento questo accada, e anche se l'Assicurato non vi è implicato.
- g) gli infortuni da corrente elettrica, atmosferica o industriale;
- h) gli infortuni a seguito di contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche ed ingestione od assunzione ed inalazione delle stesse;
- i) i morsi di animali e le punture di insetti;
- l) gli infortuni da lesività termica in eccesso o in difetto;
- m) gli infortuni conseguenti a malore non dovuto a condizioni patologiche preesistenti alla stipula del contratto;
- n) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- o) gli infortuni da alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai sino al terzo grado; oltre il predetto grado l'alpinismo si intende garantito purché effettuato con accompagnamento di guida patentata;
- p) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati unicamente in qualità di passeggero; la garanzia è valida su aeromobili in servizio pubblico di linea, su aerotaxi, su aeromobili privati e militari, su elicotteri, purché il volo sia effettuato conformemente alle disposizioni della normativa tempo per tempo vigente.

Art. 38 - Esclusioni dalla garanzia

Oltre agli infortuni causati da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche, sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e/o natanti a motore per i quali l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dalla pratica di pugilato e dalla lotta nelle sue varie forme, arti marziali;
- c) dalla pratica di sport aerei, volo a vela, deltaplano, parapendio, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove e allenamenti, salvo che

- si tratti di gare di regolarità pura;
- d) da competizioni sportive organizzate, fatta eccezione per quelle a carattere amatoriale;
 - e) da immersioni non in apnea, pesca subacquea e speleologia, da salti dal trampolino con gli sci e dallo sport della guidoslitta;
 - f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da suicidio anche tentato;
 - g) da ebbrezza, ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
 - h) da guerra salvo quanto previsto alla lettera f) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" e da terrorismo nel quale siano impiegati materiali e/o armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche comunque possano essere disgiunte o combinate;
 - per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi arma o dispositivo ad esplosione nucleare o emissione, scarico, dispersione, rilascio, perdita di materiale fissile che emetta un livello di radioattività in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
 - per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi composto chimico, sia esso solido, liquido o gassoso, quando, appropriatamente diffuso, possa causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
 - per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi microrganismo patogeno e/o tossine prodotte biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che siano in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
 - i) da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - l) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortuni.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia:

- m) le lesioni conseguenza di reati commessi dagli Assicurati e dalla loro partecipazione ad imprese estreme (ad esempio: spedizioni esplorative Artiche, Himalayane, Andine, regate oceaniche, sci estremo), salvo il caso di atti compiuti dagli Assicurati stessi per dovere di solidarietà umana e sociale, nonché per legittima difesa ai sensi dell'art. 52 del codice penale;
- n) gli infarti di qualunque tipo (miocardici, cerebrali, ecc.), le ernie di qualunque tipo (addominali, discali, ecc.), le lesioni tendinee parziali e la perdita di elementi dentari se protesizzabili o reimpiantabili;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso di esplosivi o derivanti dall'attività di palombaro e/o sommozzatore anche con uso di campane, minisommersibili ed altri mezzi simili.

Art. 39 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi beneficiari devono darne avviso scritto (anche a mezzo fax) alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.). Inoltre l'Assicurato deve:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, in particolare deve subito sottoporsi alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura stessa e la capacità a riprendere il lavoro;
- corredare di certificato medico la denuncia da inoltrare alla Società.

L'Assicurato o i beneficiari 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, e sciolgono dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'inadempimento doloso a tale obbligo comporta la perdita dei benefici dell'assicurazione o la riduzione dell'indennizzo in proporzione al pregiudizio arrecato alla Società.

Art. 40 - Documentazione da presentare in caso di sinistro

In caso di morte: nel caso in cui le lesioni subite a seguito dell'infortunio causino la morte dell'Assicurato, i beneficiari devono, dopo aver proposto denuncia con le modalità previste nel relativo articolo, far pervenire alla Società:

- certificazione medico-sanitaria che precisi le cause del decesso;
- documentazione a supporto o a precisazione delle circostanze dell'infortunio (testimonianze, atti penali, dichiarazione giurata di testimoni, verbale dei Vigili Urbani o di Pubblica Sicurezza);
- atto notorio che indichi gli eredi legittimi dell'Assicurato e se lo stesso abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (in caso affermativo occorre copia del testamento);
- certificato di non gravidanza, se tra i beneficiari figurino la vedova o la madre con età al di sotto dei

cinquantacinque anni;

- decreto del giudice tutelare competente che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota di indennizzo di spettanza dei minori o di eventuali nascituri, con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al reimpiego della somma.

In caso di danno biologico: la Società si riserva di procedere alle visite di accertamento medico legale, dopo che sia trascorso il tempo necessario (normalmente 6/7 mesi) per la stabilizzazione delle lesioni **ed al ricevimento di un certificato che la attesti. Su espresso invito della Società, l'Assicurato dovrà sottoporsi alle visite di cui sopra presso un medico fiduciario della Società stessa. Successivamente quest'ultima provvederà a dare comunicazione in merito alla quantificazione dell'indennizzo.**

Art. 41 - Limite per evento

In caso di unico evento che colpisca più Assicurati del medesimo nucleo familiare (come risultante dallo stato di famiglia), l'esborso massimo della Società non potrà superare euro 2.000.000,00 per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 42 - Aumento somma assicurata

In caso di danno biologico totale o di morte conseguenti ad incidente stradale, la somma assicurata indicata in polizza si intende maggiorata del 50%, con il limite massimo di maggiorazione di euro 100.000,00. **Detta maggiorazione non si applica alla garanzia Danno biologico grave.**

Art. 43 - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Società procede al pagamento dell'indennizzo entro trenta giorni dalla data dell'atto di liquidazione del danno, sempreché non sia stata fatta opposizione e si sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

Art. 44 - Beneficiari

E' facoltà del Contraente, all'atto della stipulazione del contratto o anche successivamente, designare i beneficiari dell'indennizzo da liquidarsi ai sensi della garanzia morte. **In difetto di designazione, la liquidazione dell'indennizzo spetta agli eredi legittimi in parti uguali.**

Nel caso in cui l'Assicurato muore per cause non conseguenti all'infortunio precedentemente occorso, l'indennizzo verrà corrisposto agli eredi legittimi in parti uguali, esclusivamente qualora sia già stata effettuata la valutazione del danno biologico permanente da parte della Società.

Art. 45 - Diritto di surrogazione

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

SEZIONE C1 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO"

(garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "DANNO BIOLOGICO GRAVE", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

Art. 46 - Danno biologico

Premesso che la definizione del danno biologico è quella prevista dal secondo comma dell'art. 139 del D.Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 (Codice delle assicurazioni private):

- a) L'indennizzo per danno biologico permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con mero riferimento alla tabella INAIL delle menomazioni del "Danno biologico permanente" (Decreto del Ministero del Lavoro del 12.7.2000), indipendentemente dai criteri INAIL di applicazione della stessa e indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- b) In caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, il danno biologico corrisponde alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita, fino al massimo del 100%. Nel caso di menomazioni multiple dovute ad unico infortunio, la valutazione non potrà essere il risultato della somma aritmetica delle singole percentuali tabellate ma il risultato dell'applicazione della formula a "scalare" (o di Balthazard). La stessa formula andrà applicata anche quando la o le menomazioni "coesistono" con preesistenze menomanti lavorative o extralavorative. In caso di "concorrenza" delle menomazioni si applica quanto previsto dal secondo comma dell'articolo "Criteri di indennizzabilità";
- c) Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera danno biologico soltanto l'asportazione totale o la perdita totale della funzionalità;
- d) Il danno biologico viene stabilito nel momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato si sono stabilizzate;
- e) Nel caso di perdita anatomica o funzionale dell'udito e/o della vista che si verifichi su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa incidente sullo stesso senso, il danno

biologico permanente si intende comunque pari al valore tabellato della perdita bilaterale.

Art. 47 - Danno biologico totale

Il danno biologico permanente pari o superiore al 66% viene liquidato al 100%.

Art. 48 - Rotture tendinee - colpo di frusta

Si conviene che:

- nel caso di rottura totale di uno o più tendini, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 3% prescindendo da ogni e qualsiasi indagine sulla dinamica dell'evento e sulla natura della rottura; tale percentuale è elevata al 4% in caso di rottura totale del tendine d'Achille. Le lesioni tendinee parziali non sono indennizzabili;
- in caso di colpo di frusta cervicale, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 2% per esiti consistenti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva (vedasi menomazione n. 199 - tabella INAIL delle menomazioni del "Danno biologico permanente"- DM 12.07.2000 del Ministero del Lavoro). Tale percentuale è ridotta all'1% nel caso di soggetto con rachide cervicale artrosico.

Art. 49 - 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 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Si precisa che la Società non liquiderà alcuna percentuale di danno biologico permanente che risulti superiore al 100% sommando anche le percentuali già liquidate.

Art. 50 - Controversie - arbitrato

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società (le Parti), è facoltà degli stessi di incaricare, per iscritto e di comune accordo, un collegio composto di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in difetto, dal Presidente o Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio, che dovrà stabilire la causa e/o la natura delle lesioni, ovvero valutare le conseguenze attribuibili all'infortunio, tenendo conto dei miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici.

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.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce nella misura del 50% per le spese del terzo medico e di eventuali ulteriori spese per accertamenti disposti, di comune accordo, in sede arbitrale. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo del danno biologico ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in tal caso il Collegio potrà 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 51 - Pagamento anticipato di un indennizzo per grado di danno biologico superiore al 20%

Decorsi novanta giorni dall'infortunio, qualora si preveda, in base ai normali criteri nosologici e medico legali, un danno biologico superiore al 20%, la Società anticipa il pagamento di un indennizzo pari al 10% della somma assicurata. L'indennizzo pagato in anticipo, viene detratto da quanto complessivamente dovuto in sede di liquidazione definitiva.

Art. 52 - Franchigia relativa per danno biologico

1. **Danno biologico inferiore o pari al 3% - applicazione della franchigia: la Società non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 3%;**
2. **Danno biologico superiore al 3%: la Società liquida l'indennizzo per danno biologico permanente residuo se lo stesso è di grado superiore al 3%; in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.**

Art. 53 - Spese di cura (con scoperto e/o franchigia)

La Società rimborsa, sino alla concorrenza di un massimale pari ad 1/100 della somma assicurata, con il limite massimo di euro 1.500,00, le spese di cura rese necessarie

esclusivamente a seguito di un infortunio da cui sia derivato un danno biologico (ancorché rientrante nei limiti della franchigia sopraindicata) e sostenute per:

- a) onorari di medici specialisti, con esclusione di onorari specifici relativi alla valutazione e/o attestazione del grado di danno biologico permanente residuo richieste dall'Assicurato;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche (escluse cure termali e similari);
- d) rette di degenza, per un importo giornaliero non superiore ad euro 250,00.

Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre 365giorni/366(se anno bisestile) dalla data del sinistro.

Il rimborso delle spese di cura è soggetto, fermo il massimale di cui sopra, all'applicazione degli scoperti e franchigie di seguito indicati:

1. Per rimborsi conseguenti ad infortuni che prevedono l'applicazione della franchigia, di cui all'articolo 52.1: si applica uno scoperto del 50% con il minimo di euro 100,00;
2. Per rimborsi conseguenti ad infortuni che non prevedono l'applicazione della franchigia, di cui all'articolo 52.2: si applica una franchigia di euro 100,00;
3. Per entrambi i casi di cui sopra, qualora l'importo delle spese di cura sia già stato in parte rimborsato all'Assicurato da altre Imprese assicuratrici e/o Fondi integrativi sanitari, il rimborso si intende calcolato applicando una franchigia di euro 50,00 alla somma non corrisposta da detti enti.

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

SEZIONE C2 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO GRAVE" (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "DANNO BIOLOGICO", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

Art. 54 - Danno biologico grave

Per la presente garanzia valgono le norme della garanzia "DANNO BIOLOGICO" ad eccezione di:

- "Franchigia relativa per danno biologico";
- "Spese di cura";

che pertanto non si applicano alla presente garanzia.

Art. 55 - Franchigia relativa per danno biologico grave

3. **Danno biologico inferiore o pari al 20% - applicazione della franchigia: la Società non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 20%;**
4. **Danno biologico superiore al 20%: la Società liquida l'indennizzo per danno biologico permanente residuo se lo stesso è di grado superiore al 20%; in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.**

SEZIONE C3 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "MORTE" (garanzia valida se espressamente richiamata in polizza)

Art. 56 - 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 danno biologico 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. 57 - Morte presunta

Qualora 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. 58 - Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un indennità per danno biologico permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi, la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

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

Inscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Inscr. 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