

Dati personali Contraente

SITIBO' SRLS Cod.Cliente: 64184106
Residenza: VIA ARETINA,62
CAP: 50136

Cod.fiscale/Partita IVA: 06961060487

Città: FIRENZE

Prov.: FI

Cosa assicuriamo

VEDERE FESCRIZIONE RISCHIO

Regolazione del premio: SI Ved.Art. 2.28

Dati degli Assicurati

Persone

Fonte individuazione Assicurati: Come da Registro tenuto dal Contraente

Elemento variabile: N. Assicurati

Preventivo Elemento variabile: 20

Premio Netto Unitario di regolazione: 19,96

Garanzie sottoscritte Somme Assicurate

Premi Lordi Anni

	Somma assicurata €:		€	
Morte	80.000,00		188,06	
Invalità Permanente	80.000,00		261,94	
TOTALE			450,00	

Limite di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 2.5 - Infortuni delimitati da calamità naturali delle "Norme che regolano l'assicurazione infortuni", nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 80.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto.

Condizioni Particolari operanti

3.2 - Solo Infortuni Extraprofessionali

3.18 - Franchigia assoluta 5%

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore 24:00 del 07/02/2020 alle ore 24:00 del 07/02/2021

Frazionamento: Annuale

Con rate in scadenza il: 07/02

Polizza sostituita n. : = = con scadenza rata il: = =

Indicizzazione: NO Indice I.S.T.A.T.: = =

Coassicurazione: NO Percentuale quota SARA: = =

Premio complessivo

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ 439,02	€ 10,98	€ 450,00
Seguenti	€ 439,02	€ 10,98	€ 450,00

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione



PO83722533029HF

Dichiarazioni del Contraente

Veridicità informazioni fornite dal Contraente

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che la Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni rese.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e/o dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono compromettere totalmente o parzialmente il diritto all'indennizzo nonché comportare l'assunzione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c..

Agli effetti della validità della garanzia, oltre a quanto indicato nel frontespizio di polizza, il Contraente dichiara che:

- 1) gli Assicurati non hanno subito infortuni;
- 2) le persone assicurate non sono affette da minorazioni fisiche o malattie in atto, nè da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive;
- 3) per gli stessi rischi garantiti con la presente polizza non esistono altre assicurazioni.

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SINF 161A ed. 01/2019 denominato " Infortuni cumulativa - Set Informativo", contenente la documentazione precontrattuale e le Condizioni di Assicurazione modello 161COL ed.11/2017 (complete di Glossario) che il Contraente dichiara di aver preliminarmente ricevuto, ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, nonché dalle Condizioni Speciali di assicurazione: MU0029; riportate nell'allegato mod. [CSAV01], norme che dichiara dunque di aver letto, conoscere, ricevuto in copia ed accettare.

A deroga delle condizioni contrattuali, si prende atto che non si intende operante l'istituto del tacito rinnovo.

Sara Assicurazioni S.p.a.

Il Direttore Generale

Il Contraente _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Art. 1.3 Altre Assicurazioni | Art. 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia | Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro |
| Art. 1.9 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione | Art. 1.12 Mediazione | Art. 2.7 Persone non assicurabili |
| Art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'Assicurato | Art. 2.20 Controversie - Arbitrato irrituale | Art. 2.21 Pagamento dell'indennizzo |
| Art. 2.28 Regolazione del premio | | |

Il Contraente _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Il Contraente si impegna inoltre a distribuire ai soggetti assicurati la nota informativa ex Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) ed i "Moduli di denuncia sinistro infortunio per le polizze collettive", da utilizzare in caso di sinistro.

Il sottoscritto Contraente:

- **dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e si impegna a distribuirla a tutti i soggetti assicurati;**
- **acconsente ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al trattamento dei dati Particolari che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Assicurazioni, compresa la comunicazione a società di coassicurazione e/o di riassicurazione, autonomi titolari del trattamento, per permettere alle medesime di effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.**

Inoltre:

- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Assicurazioni** per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relativi ad iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi.
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Assicurazioni** per finalità di profilazione utile a conoscere meglio le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali in qualità di titolari autonomi.**

Si precisa che Lei avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al paragrafo 2 dell'informativa.

Il Contraente _____

Documenti informativi pre-contrattuali e contrattuali

Ai sensi dell'art. 56 Regolamento IVASS n.40/2018, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, nonché i documenti informativi precontrattuali previsti dalla citata norma, e inerenti a:

1. obblighi di comportamento a cui gli intermediari assicurativi devono attenersi nei confronti dei contraenti (allegato n.3 al Regolamento IVASS n.40/2018)
2. dati essenziali degli intermediari e della loro attività, le situazioni di potenziale conflitto di interesse, gli strumenti di tutela del contraente (allegato n.4 al Regolamento IVASS n.40/2018)

Il Contraente _____

Il pagamento di € 450,00 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il //

(d.c. del //) per l'Agenzia _____

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

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



Polizza n. **25 33029HF** - Contraente **SITIBO' SRLS**

Gentile Cliente,

Sara Assicurazioni le mette a disposizione **un servizio** che apre le porte della sua **agenzia alla multicanalità** e le consente di avere **sempre sotto controllo lo stato dei suoi contratti e le informazioni relative alla sue coperture assicurative**.

All'interno dell'"**Area personale**", disponibile sul sito web www.sara.it, potrà trovare tutte le informazioni sui contratti Danni/Vita, sui pagamenti, sullo stato degli eventuali sinistri e i recapiti della sua Agenzia alla quale potrà rivolgersi per qualsiasi necessità.

Per accedere alla sua "Area personale" **dovrà effettuare prima la REGISTRAZIONE**, inserendo il **CODICE CLIENTE** (presente sulla sua polizza Sara Assicurazioni), un **numero di polizza tra quelle attive in suo possesso** e un indirizzo e-mail valido.

Soltanto dopo aver completato la registrazione, potrà accedere **alla sua "Area Personale"** utilizzando il **CODICE CLIENTE** e la **PASSWORD** che avrà ricevuto all'indirizzo e-mail inserito.

Per maggiori informazioni può rivolgersi direttamente al suo Agente o visitare il sito www.sara.it



Pagina lasciata volutamente in bianco



Dati personali Contraente

SITIBO' SRLS Cod.Cliente: 64184106
Residenza: VIA ARETINA,62
CAP: 50136

Cod.fiscale/Partita IVA: 06961060487

Città: FIRENZE

Prov.: FI

Cosa assicuriamo

VEDERE FESCRIZIONE RISCHIO

Regolazione del premio: SI Ved.Art. 2.28

Dati degli Assicurati

Persone

Fonte individuazione Assicurati: Come da Registro tenuto dal Contraente

Elemento variabile: N. Assicurati

Preventivo Elemento variabile: 20

Premio Netto Unitario di regolazione: 19,96

Garanzie sottoscritte Somme Assicurate

Premi Lordi Anni

	Somma assicurata €:		€	
Morte	80.000,00		188,06	
Invalità Permanente	80.000,00		261,94	
TOTALE			450,00	

Limite di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 2.5 - Infortuni delimitati da calamità naturali delle "Norme che regolano l'assicurazione infortuni", nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 80.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto.

Condizioni Particolari operanti

3.2 - Solo Infortuni Extraprofessionali

3.18 - Franchigia assoluta 5%

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore 24:00 del 07/02/2020 alle ore 24:00 del 07/02/2021

Frazionamento: Annuale

Con rate in scadenza il: 07/02

Polizza sostituita n. : = = con scadenza rata il: = =

Indicizzazione: NO Indice I.S.T.A.T.: = =

Coassicurazione: NO Percentuale quota SARA: = =

Premio complessivo

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ 439,02	€ 10,98	€ 450,00
Seguenti	€ 439,02	€ 10,98	€ 450,00

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione



PO83722533029HF

Dichiarazioni del Contraente

Veridicità informazioni fornite dal Contraente

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che la Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni rese.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e/o dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono compromettere totalmente o parzialmente il diritto all'indennizzo nonché comportare l'assunzione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c..

Agli effetti della validità della garanzia, oltre a quanto indicato nel frontespizio di polizza, il Contraente dichiara che:

- 1) gli Assicurati non hanno subito infortuni;
- 2) le persone assicurate non sono affette da minorazioni fisiche o malattie in atto, nè da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive;
- 3) per gli stessi rischi garantiti con la presente polizza non esistono altre assicurazioni.

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SINF 161A ed. 01/2019 denominato " Infortuni cumulativa - Set Informativo", contenente la documentazione precontrattuale e le Condizioni di Assicurazione modello 161COL ed.11/2017 (complete di Glossario) che il Contraente dichiara di aver preliminarmente ricevuto, ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, nonché dalle Condizioni Speciali di assicurazione: MU0029; riportate nell'allegato mod. [CSAV01], norme che dichiara dunque di aver letto, conoscere, ricevuto in copia ed accettare.

A deroga delle condizioni contrattuali, si prende atto che non si intende operante l'istituto del tacito rinnovo.

Sara Assicurazioni S.p.a.

Il Direttore Generale

Il Contraente _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Art. 1.3 Altre Assicurazioni | Art. 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia | Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro |
| Art. 1.9 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione | Art. 1.12 Mediazione | Art. 2.7 Persone non assicurabili |
| Art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'Assicurato | Art. 2.20 Controversie - Arbitrato irrituale | Art. 2.21 Pagamento dell'indennizzo |
| Art. 2.28 Regolazione del premio | | |

Il Contraente _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Il Contraente si impegna inoltre a distribuire ai soggetti assicurati la nota informativa ex Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) ed i "Moduli di denuncia sinistro infortunio per le polizze collettive", da utilizzare in caso di sinistro.

Il sottoscritto Contraente:

- **dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e si impegna a distribuirla a tutti i soggetti assicurati;**
- **acconsente ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al trattamento dei dati Particolari che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Assicurazioni, compresa la comunicazione a società di coassicurazione e/o di riassicurazione, autonomi titolari del trattamento, per permettere alle medesime di effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.**

Inoltre:

- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Assicurazioni** per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relativi ad iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi.
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Assicurazioni** per finalità di profilazione utile a conoscere meglio le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali in qualità di titolari autonomi.**

Si precisa che Lei avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al paragrafo 2 dell'informativa.

Il Contraente _____

Documenti informativi pre-contrattuali e contrattuali

Ai sensi dell'art. 56 Regolamento IVASS n.40/2018, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, nonché i documenti informativi precontrattuali previsti dalla citata norma, e inerenti a:

1. obblighi di comportamento a cui gli intermediari assicurativi devono attenersi nei confronti dei contraenti (allegato n.3 al Regolamento IVASS n.40/2018)
2. dati essenziali degli intermediari e della loro attività, le situazioni di potenziale conflitto di interesse, gli strumenti di tutela del contraente (allegato n.4 al Regolamento IVASS n.40/2018)

Il Contraente _____

Il pagamento di € 450,00 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il //

(d.c. del //) per l'Agenzia _____

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

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



ALLEGATO 3 REGOLAMENTO IVASS 40/2018

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40/2018 in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto:
- consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40/2018) che contiene i dati essenziali dell'intermediario e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
 - forniscono al contraente in forma chiara e comprensibile informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;
- b) sono tenuti a proporre o consigliare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni utile informazione;
- c) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le sue richieste ed esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non coerente, lo informano di tale circostanza, specificandone i motivi, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione, sottoscritta dal contraente e dall'intermediario;
- d) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- e) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA
O, QUALORA NON PREVISTA, DELLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Ai sensi della vigente normativa, il Distributore ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento, che contiene notizie sul Distributore medesimo, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con le sanzioni previste dall'articolo 324 del D.lgs. 209/2005 Codice delle Assicurazioni Private (di seguito Codice).

PARTE I –INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI**Sezione I - Informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente**

A) Caso in cui l'Intermediario assicurativo e riassicurativo sia iscritto nel Registro degli Intermediari assicurativi, anche a titolo accessorio, e riassicurativi (RUI):

Cognome e nome o denominazione sociale: _____

numero di iscrizione nel RUI _____ **data di iscrizione nel RUI** ____/____/____ **sezione** _____

se l'Intermediario opera come persona fisica, i dati sono riferiti alla propria posizione

in caso di operatività in forma societaria, i dati sono riferiti alla Società nella quale l'Intermediario opera come:

- Agente
- Responsabile dell'attività di distribuzione (compilare anche il punto C)
- Collaboratore iscritto al RUI (compilare anche il punto C)

indirizzo della sede operativa/legale: _____

recapito telefonico _____ **indirizzo internet** _____

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

sito internet attraverso cui è promossa o svolta l'attività _____

B) Caso in cui l'Intermediario che entra in contatto con il Contraente sia iscritto nella sezione C del RUI:

denominazione sociale dell'Impresa per la quale l'Intermediario opera: Sara Assicurazioni Spa l'Impresa assume la piena responsabilità dell'operato dell'Intermediario.

C) Caso in cui l'Intermediario che entra in contatto con il Contraente sia iscritto nella sezione E del RUI:

(i dati sono riferiti all'Intermediario per il quale è svolta l'attività)

Cognome e nome/ragione o denominazione sociale _____

sede legale _____

numero di iscrizione nel RUI _____

Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'Intermediario possono essere verificati consultando il RUI sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

D) Caso in cui colui che entra in contatto con il Contraente sia un addetto all'attività di intermediazione all'interno dei locali dell'Intermediario iscritto nelle sezioni A, B, D, E o F del Registro, per il quale l'addetto opera

Cognome e Nome _____

natura del rapporto in essere con gli intermediari iscritti nelle sez A, B, D ed F per il quale è svolta

l'attività _____

Dati relativi all'intermediario per il quale opera:

Cognome e nome/denominazione sociale _____

sede legale: _____

numero di iscrizione al RUI _____ **data di iscrizione nel RUI** ____/____/____ **sezione** _____

recapito telefonico _____ **indirizzo internet** _____

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'Intermediario per il quale è svolta l'attività possono essere verificati consultando il RUI sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

E) Caso in cui colui che entra in contatto con il Contraente sia un Intermediario abilitato ad operare in Italia in regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi

Cognome e nome/ragione sociale _____

Stato membro in cui l'Intermediario è registrato _____

indirizzo internet dal quale è possibile consultare il Registro dello Stato membro d'origine in cui è iscritto l'Intermediario _____

indirizzo di residenza/sede legale/numero di registrazione nello Stato membro d'origine _____

Autorità di vigilanza dello Stato membro d'origine _____

in caso di attività in regime di stabilimento: sede secondaria nel territorio della Repubblica _____

nominativo del Responsabile della sede secondaria _____

data di inizio dell'attività di intermediazione nel territorio della Repubblica ____/____/____

recapito telefonico _____ indirizzo internet _____

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma.

Gli estremi identificativi dell'Intermediario possono essere verificati consultando l'elenco annesso al RUI sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Sezione II - Informazioni sull'attività svolta dall'Intermediario assicurativo e riassicurativo

L'Intermediario assicurativo e riassicurativo agisce:

su incarico del cliente

in nome e per conto di una o più Imprese di assicurazione di cui distribuisce i prodotti:

Sara Assicurazioni spa

Sara Vita spa

altre Imprese _____

I dati degli Intermediari con cui l'Intermediario ha in corso rapporti di libera collaborazione - ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del D.L. 18 ottobre 2012, n.179, convertito nella L. 17 dicembre 2012, n. 221 - sono:

Cognome e nome/ragione sociale _____

Con riferimento al pagamento dei premi:

i premi pagati dal Contraente all'Intermediario e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dall' Impresa, se regolati per il tramite dell'Intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'Intermediario stesso

oppure

è stata stipulata dall'Intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di 18.750 euro.

Avvertenza: l'Intermediario iscritto nella sezione B del Registro, che non sia autorizzato all'incasso ai sensi dell'accordo sottoscritto con l'Impresa comunica al Contraente che il pagamento del premio al Broker o a un suo collaboratore non ha effetto liberatorio ai sensi dell'articolo 118 del Codice.

Sezione III - Informazioni relative alle remunerazioni

- con riguardo alla natura del compenso ricevuto in relazione al contratto, l'Intermediario opera sulla base di una commissione inclusa nel premio di assicurazione e non percepisce un onorario corrisposto direttamente dal cliente

- nel caso di polizze r. c. auto, si riporta a seguire la misura delle provvigioni riconosciute dall'impresa, così come da dettaglio indicato nel reg. ISVAP n. 23 del 9 maggio 2008 di attuazione dell'art. 131 del Codice

Tipo Veicolo	% Provvigione RCA/RCVM su premio lordo RCA
Autobus ed Autocarri superiore a 40 Q.li	%
Tutti gli altri veicoli	%

Sezione IV - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

(nel caso in cui il soggetto che entra in contatto con il Contraente sia iscritto nella sezione E del Registro l'informazione dovrà essere riferita anche all'Intermediario per il quale è svolta l'attività. Dove si tratti di addetto all'attività di intermediazione non iscritto nel Registro che opera per Intermediari iscritti, l'informazione dovrà essere riferita all'Intermediario per il quale è svolta l'attività.

Di conseguenza per questi due casi compilare anche la parte relativa a "L'Intermediario per il quale è svolta l'attività").

L'Intermediario assicurativo e riassicurativo:

(indicare con X la scelta)

detiene **non detiene** una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'Impresa di assicurazione.

Se detiene, specificare la denominazione sociale dell'impresa _____

il capitale sociale o i diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera **è** **non è partecipato** direttamente o indirettamente dall'Impresa di assicurazione o dall'Impresa controllante di un'Impresa di assicurazione in misura pari o superiore al 10%.

Se è partecipato, specificare la denominazione sociale dell'impresa _____

L'Intermediario per il quale è svolta l'attività:

(indicare con X la scelta)

detiene **non detiene** una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'Impresa di assicurazione.

Se detiene, specificare la denominazione sociale _____

il capitale sociale o i diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera **è** **non è partecipato** direttamente o indirettamente dall'Impresa di assicurazione o dall'Impresa controllante di un'Impresa di assicurazione in misura pari o superiore al 10%.

Se è partecipato, specificare la denominazione sociale _____

Con riguardo al contratto proposto, l'Intermediario:

(indicare con X la scelta)

fornisce **non fornisce** al Contraente una consulenza ai sensi dell'art 119 ter, comma 3

fornisce **non fornisce** una consulenza fondata su un'analisi imparziale e personale ai sensi dell'articolo 119- ter, comma 4, del Codice

distribuisce **non distribuisce**, in virtù di un obbligo contrattuale, in modo esclusivo, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 40/2007, i contratti di una o più Imprese di assicurazione.

Se distribuisce indicare la denominazione di tali Imprese _____

Se distribuisce contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più Imprese di assicurazione e non fornisce consulenza basata su un'analisi imparziale e personale, indicare la denominazione delle Imprese di assicurazione con le quali l'Intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari _____

Sezione V - Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

a) L'attività di distribuzione è garantita da un contratto di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;

b) Il contraente ha facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario o a Sara Assicurazioni SpA - Direzione Affari Legali e Societari - Funzione Reclami, via Po 20 - 00198 Roma, oppure via fax 068475254, oppure via mail all'indirizzo "gest.reclami@sara.it". Qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma, Contact Center 800 486661, PEC tutela.consumatore@pec.ivass.it, FAX 06 42133206, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa;

(sezione da compilare – eventualmente con l'apposizione di un timbro – a cura dell'intermediario contestualmente alla sottoscrizione della polizza, una volta individuato l'unico soggetto competente - impresa o intermediario - alla gestione del reclamo).

c) Rimane ferma la facoltà per il contraente di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate:

- **Conciliazione paritetica:** le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri R.C. Auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sui siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it).

- **Negoziazione assistita:** la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 (convertito con L. n.162/14) e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio

- **Mediazione:** è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 (e successive modifiche) e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente.

d) Nel caso dei soli intermediari iscritti nella sezione B del Registro, il Contraente ha la possibilità per gli assicurati di rivolgersi al Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione _____, per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso il contratto di cui alla precedente lettera a);

e) Nel caso dei soli intermediari iscritti nella sezione B del Registro, essi indicano se siano / non siano autorizzati - in forza di un accordo sottoscritto con l'impresa di cui intermediano il contratto _____ - ad incassare i premi e/o a pagare le somme dovute agli assicurati, evidenziando le relative conseguenze per il contraente ai sensi dell'art. 118 del Codice

PARTE II - INTERMEDIARI ASSICURATIVI A TITOLO ACCESSORIO

Sezione I - Informazioni generali sull'intermediario assicurativo a titolo accessorio che entra in contatto con il contraente

Gli intermediari assicurativi a titolo accessorio INDICANO:

- cognome e nome _____
- numero di iscrizione nel RUI _____ data di iscrizione nel RUI ____/____/____ sezione _____
- la veste in cui il soggetto opera in caso di operatività in forma societaria _____
- indirizzo della sede operativa/legale _____
- recapito telefonico ed eventuali indirizzi internet, di posta elettronica e di posta elettronica certificata _____
- indicazione dell'indirizzo del sito internet attraverso cui è promossa o svolta l'attività, ove esistente _____
- nel caso in cui l'intermediario che entra in contatto con il contraente sia iscritto nella sezione F, denominazione sociale dell'impresa per la quale opera _____
- nel caso in cui l'intermediario a titolo accessorio sia iscritto nella sezione E, cognome e nome/ragione o denominazione sociale, sede legale e numero di iscrizione nel Registro dell'intermediario assicurativo e riassicurativo per il quale è svolta l'attività; _____

Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario per il quale è svolta l'attività possono essere verificati consultando il RUI sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Sezione II - Informazioni sull'attività svolta

L'intermediario a titolo accessorio INFORMA:

che i premi pagati dal contraente all'intermediario a titolo accessorio e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso oppure

che è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 18.750;

Sezione III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

L'intermediario a titolo accessorio INFORMA:

a. che l'attività di distribuzione è garantita da un contratto di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;

b. la facoltà per il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario o a Sara Assicurazioni SpA- Direzione Affari Legali e Societari - Funzione Reclami, via Po 20 - 00198 Roma, oppure via fax 068475254, oppure via mail all'indirizzo "gest.reclami@sara.it". Qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore - Divisione Reclami, Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa;

(sezione da compilare – eventualmente con l'apposizione di un timbro – a cura dell'intermediario contestualmente alla sottoscrizione della polizza, una volta individuato l'unico soggetto competente - impresa o intermediario - alla gestione del reclamo).

c. Rimane ferma la facoltà per il contraente di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate:

- Conciliazione paritetica: le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri R.C. Auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sui siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it).

- Negoziazione assistita: la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio

- Mediazione: è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente.

Questionario Statico per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Cliente

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di formalizzare, nel Suo interesse o nell'interesse dell'assicurato se persona diversa da Lei, ai sensi degli articoli 119-ter del d.lgs. 209/2005 e 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018, le richieste e le esigenze assicurative da Lei già espresse al fine di verificarne la coerenza con il contratto propostoLe.

Qualora sulla base delle informazioni ricevute, Lei intenda sottoscrivere un contratto di assicurazione differente rispetto a quello individuato, La invitiamo a sottoscrivere la "dichiarazione di volontà di sottoscrizione di contratto non coerente".

La compilazione del presente questionario è obbligatoria.

Qualora Lei non intenda fornire una o più risposte richieste, le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "dichiarazione di rifiuto di fornire una o più informazioni richieste".

INFORMAZIONI GENERALI

Cognome nome / Ragione sociale **SITIBO' SRLS**

Codice fiscale/Partita IVA **06961060487**

Residente in **VIA ARETINA,62 FIRENZE FI**

Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler fornire una o più informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudicherà la capacità di individuare il contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze, dichiara altresì di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Agenzia: **LUCCA GESTIONE BROKER BRIDGE** Cod: **8372** - Sito Internet: www.sara.it

Indirizzo: **VIA DEL BRENNERO 358** cap: **55100** Città: **LUCCA** telefono: **0684751**

Luogo e data _____ L'Intermediario _____



AD83722533029HF

Questionario Statico per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Cliente

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di formalizzare, nel Suo interesse o nell'interesse dell'assicurato se persona diversa da Lei, ai sensi degli articoli 119-ter del d.lgs. 209/2005 e 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018, le richieste e le esigenze assicurative da Lei già espresse al fine di verificarne la coerenza con il contratto propostoLe.

Qualora sulla base delle informazioni ricevute, Lei intenda sottoscrivere un contratto di assicurazione differente rispetto a quello individuato, La invitiamo a sottoscrivere la "dichiarazione di volontà di sottoscrizione di contratto non coerente".

La compilazione del presente questionario è obbligatoria.

Qualora Lei non intenda fornire una o più risposte richieste, le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "dichiarazione di rifiuto di fornire una o più informazioni richieste".

INFORMAZIONI GENERALI

Cognome nome / Ragione sociale **SITIBO' SRLS**

Codice fiscale/Partita IVA **06961060487**

Residente in **VIA ARETINA,62 FIRENZE FI**

Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler fornire una o più informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudicherà la capacità di individuare il contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze, dichiara altresì di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Agenzia: **LUCCA GESTIONE BROKER BRIDGE** Cod: **8372** - Sito Internet: www.sara.it

Indirizzo: **VIA DEL BRENNERO 358** cap: **55100** Città: **LUCCA** telefono: **0684751**

Luogo e data _____ L'Intermediario _____ Il Contraente _____



AD83722533029HF

La presente informativa viene fornita, oltre che per rispondere ad un preciso obbligo normativo, per chiarire, nel rispetto del principio di trasparenza, gli ambiti di trattamento delle Sue informazioni personali relativamente alla stipula di polizze assicurative con Sara Assicurazioni S.p.A. e per permetterle di fornire in modo consapevole il Suo consenso, ove necessario, al trattamento dei Suoi dati personali.

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Sara Assicurazioni S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Via Po, 20, Roma (il "Titolare" o "Sara Assicurazioni").

2. COME CONTATTARE IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI?

Il Responsabile della protezione dei dati personali (il "RPD"), in persona del soggetto pro tempore nominato, è contattabile inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RPD@sara.it ovvero scrivendo al seguente indirizzo:

Responsabile Protezione Dati Personali

Sara Assicurazioni S.p.A.

Via Po, 20

00198 - Roma

3. COS' È IL DATO PERSONALE?

Ai sensi del GDPR, per dato personale si intende: "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile; si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale" (i "Dati").

Il GDPR definisce, altresì, le particolari categorie di dati personali, ossia "i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona" (i "Dati Particolari").

4. QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI E LA RELATIVA BASE GIURIDICA?

Sara Assicurazioni raccoglie ed elabora i Suoi Dati e Dati Particolari innanzitutto per finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa. In particolare, si tratta di finalità connesse all'espletamento di necessarie attività precontrattuali e alla stipula o al rinnovo della polizza assicurativa da Lei richiesta (quali, a titolo esemplificativo, valutazione del rischio assicurativo -anche utilizzando banche dati pubbliche o di società terze specializzate, quali i Servizi di Informazioni Commerciali-, valutazione di adeguatezza, definizione del preventivo economico e della tariffa), nonché all'esecuzione, gestione e controllo del contratto di cui Lei è parte, inclusa la gestione del Customer care e di eventuali sinistri in cui Lei potrebbe essere coinvolto.

Si precisa che, relativamente alle finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa e di esecuzione del contratto assicurativo, alcuni dei trattamenti ad esse connessi – quali la valutazione del rischio ed il calcolo del premio, la valutazione di adeguatezza del contratto proposto, le valutazioni antifrode e antiterrorismo– sono prevalentemente eseguiti sulla base di processi decisionali automatizzati, anche basati sulla profilazione, le cui logiche sono determinate dalla tecnica attuariale e/o dalla normativa di settore.

I Suoi Dati saranno, altresì, trattati dal Titolare per l'adempimento di obblighi di legge. A titolo esemplificativo, Sara Assicurazioni potrà trattare i Suoi Dati per adempimenti di natura fiscale connessi all'esecuzione del contratto, per finalità amministrativo-contabili, per obbligazioni relative alla normativa antifrode e antiterrorismo.

Inoltre Sara Assicurazioni potrà trattare i Suoi Dati per prevenire, individuare o perseguire frodi nel proprio legittimo interesse nonché per finalità difensive in caso di comportamenti illeciti, abusi o frodi.

Per quanto attiene alle polizze che prevedono l'installazione sul veicolo assicurato di dispositivi rilevazione satellitare, il Titolare - a seconda delle specifiche pattuizioni contrattuali legate alla valutazione del rischio assicurativo, alla tariffazione, alla gestione dei sinistri, e per sue finalità statistiche - potrà trattare, i Suoi Dati, registrati dal dispositivo e forniti dal proprietario e gestore del dispositivo con il quale ha stipulato uno specifico Contratto di Abbonamento, relativi:

- alle percorrenze complessive avvenute su strade urbane, extraurbane e autostrade, in ora diurna e notturna, per giorno e per provincia;
- al sinistro, comprensivi di: targa del veicolo assicurato, data ora e luogo dell'incidente, ambito di percorrenza, velocità e grafico relativo ai dati dell'ultimo miglio, al fine di accertare la dinamica del sinistro;
- alla localizzazione del veicolo in caso di furto o di crash per le prestazioni di assistenza;
- allo stile di guida, elaborato sulla base delle rilevazioni e registrazioni, in forma aggregata, dei parametri d'uso del veicolo (ad es: accelerazioni/decelerazioni, velocità, posizione, data e ora).

Con riferimento al trattamento svolto in relazione all'analisi dello stile di guida, i dati così raccolti saranno successivamente anonimizzati, per finalità esclusivamente di analisi statistico/attuariali, e come tali non più riconducibili al singolo interessato: Sara Assicurazioni svolgerà tale attività nel rispetto dei principi del GDPR e per il perseguimento di un proprio legittimo interesse. In ogni caso, Lei potrà opporsi in qualunque momento a tale trattamento contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Inoltre, per finalità di esclusiva analisi statistico/attuariale, Sara Assicurazioni potrà utilizzare alcuni Suoi Dati personali, trattati in forma anonimizzata e aggregata, ad esclusione di Dati Particolari, relativi al rischio assicurativo, anche eventualmente incrociandoli con altri dati di natura statistica, questi ultimi raccolti in forma anonima e aggregata: Sara Assicurazioni svolgerà tale attività nel rispetto dei principi del GDPR e per il perseguimento di un proprio legittimo interesse, in maniera tale che il trattamento non produca effetti giuridici e non incida in modo analogo significativamente sulla Sua persona. Lei potrà opporsi in qualunque momento a tale trattamento contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare potrà, inoltre, trattare i Suoi Dati per l'invio di comunicazioni di natura commerciale e/o per iniziative promozionali su propri prodotti e servizi per fini di offerta diretta di servizi analoghi a quelli da Lei già sottoscritti. Sara Assicurazioni svolgerà tale attività nel rispetto dei principi del GDPR e per il perseguimento di un proprio legittimo interesse; in ogni caso, Lei potrà opporsi in qualunque momento alla ricezione di tali comunicazioni contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Sara Assicurazioni potrà, in occasione della Sua richiesta di rinnovo di polizze, proporle garanzie integrative complementari o supplementari a quelle da lei precedentemente acquistate, per meglio soddisfare i suoi bisogni assicurativi. Con il Suo espresso e specifico consenso, Sara Assicurazioni potrà trattare i Suoi Dati per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative ad iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, e per invitarLa a partecipare a programmi di fidelizzazione, ad eventi, a manifestazioni a premio o ad iniziative con partner terzi.

Previo Suo espresso e specifico consenso, il Titolare potrà trattare i Suoi Dati per meglio comprendere le Sue aree di rischio analizzando le Sue abitudini, i Suoi acquisti assicurativi e il loro relativo uso così da poterLe offrire prodotti e servizi più in linea con le sue esigenze e tutta una serie di promozioni e scontistiche che riteniamo utili per una miglior creazione di valore su ogni nostro singolo assicurato.

Sara Assicurazioni potrà inoltre trattare i dati predetti, ad esclusione di Dati Particolari, in forma anonimizzata e aggregata, senza alcun effetto giuridico o significativo sulla Sua persona, , per analisi ed elaborazioni volte a migliorare i prodotti, i servizi e la proposizione commerciale, nel rispetto dei principi del GDPR e per il perseguimento di un proprio legittimo interesse, in maniera tale che il trattamento non produca effetti giuridici e non incida in modo analogo significativamente sulla Sua persona. In ogni caso, Lei potrà opporsi in qualunque momento a tale trattamento contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Previo Suo espresso e specifico consenso, la Società potrà comunicare alcuni Suoi Dati a società terze, con le quali essa potrebbe concludere accordi di partnership, appartenenti a settori quali: assicurativo, editoriale, largo consumo, distribuzione, finanziario, automobilistico, dei servizi e ad organizzazioni umanitarie e benefiche, nonché di telecomunicazione. Tali società potrebbero usare i Suoi Dati per finalità commerciali e promozionali.

Il consenso da Lei prestato, ove necessario, sui singoli temi potrà essere revocato in qualsiasi momento contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

In particolare, il mancato conferimento del consenso da Lei prestato per finalità utili alla proposizione commerciale non pregiudicherà l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla polizza assicurativa. Qualora, in ogni caso, desideri opporsi al trattamento dei Dati per finalità utili alla proposizione commerciale eseguite con i mezzi sopra indicati – anche distintamente - , nonché revocare il consenso prestato, potrà in qualunque momento farlo contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

I Dati potranno essere, altresì, trattati per finalità di ricerche/analisi statistiche su dati aggregati o anonimi, senza dunque possibilità di identificare l'interessato. In ogni caso, ci impegniamo ad assicurare che le informazioni raccolte e utilizzate siano appropriate rispetto le finalità descritte, e che ciò non determini un'invasione della Sua sfera personale.

No.	Finalità del trattamento	Natura obbligatoria o volontaria del conferimento dei dati personali	Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati personali	Condizione di liceità del trattamento
1	Assunzione e gestione della polizza assicurativa	Volontaria	Impossibilità di fornirLe il servizio richiesto	Esecuzione del contratto e il Suo consenso con specifico riferimento al trattamento dei Suoi Dati Particolari
2	Adempimento di obblighi di legge (inclusi obblighi derivanti da normativa antifrode e antiterrorismo) nonché per finalità antifrode e difensive	Volontaria	Impossibilità di fornirLe il servizio richiesto	Adempimento di obblighi di legge e legittimo interesse
3	Informazioni commerciali relative a prodotti e servizi analoghi a quelli acquistati	Volontaria	Impossibilità di fornirLe informazioni su prodotti, sconti e iniziative commerciali di Sara Assicurazioni	Legittimo interesse
4	Elaborazioni in forma aggregata/anonimizzata, dei dati relativi al rischio assicurativo eventualmente incrociati con altri dati statistici	Volontaria	Impossibilità di trattare i dati raccolti per finalità statistico-attuariale	Legittimo interesse
5	Elaborazioni in forma aggregata/anonimizzata, dei dati relativi ai comportamenti di consumo	Volontaria	Impossibilità di trattare i dati raccolti per finalità statistiche	Legittimo interesse
6	Attività Commerciale da parte di Sara Assicurazioni	Volontaria	Impossibilità di fornirLe informazioni e proposte su tutta la gamma prodotti, i servizi e le iniziative – anche di sconto – proposte dalla compagnia anche con partner terzi	Il Suo consenso
7	Profilazione	Volontaria	Impossibilità di offrirLe proposte personalizzate basate sulla conoscenza del cliente e in grado di soddisfare le Sue reali esigenze con soluzioni, offerte e sconti specifici	Il Suo consenso
8	Comunicazione dei Suoi Dati a terzi a fini di marketing	Volontaria	Impossibilità di fornirLe promozioni commerciali di terzi	Il Suo consenso

5. A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

Il Titolare potrà comunicare alcuni Suoi Dati e Dati Particolari a persone fisiche o giuridiche delle quali si avvale per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto. In particolare, i Suoi Dati e Dati Particolari potranno essere comunicati a società esterne che offrono servizi amministrativi, servizi informatici, contabili, di consulenza e di localizzazione satellitare. Tali società tratteranno i Suoi Dati e Dati Particolari in qualità di Responsabili del trattamento. L'elenco dei Responsabili del trattamento può essere richiesto contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi Dati, oltre che ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge, a Pubbliche Amministrazioni, agli istituti di credito con cui il Titolare opera a fini di pagamento, a istituti finanziari e/o di factoring. Tali soggetti tratteranno i Suoi Dati e Dati Particolari in qualità di autonomi titolari del trattamento.

I Dati potranno essere accessibili alle altre aziende del Gruppo per finalità amministrativo-contabili, in esecuzione di un legittimo interesse del Titolare.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi Dati e Dati Particolari a società di coassicurazioni e/o di riassicurazione, autonomi titolari del trattamento, per permettere alle medesime di effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei Suoi Dati e Dati Particolari a soggetti indeterminati.

6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI?

Sara Assicurazioni di norma non trasferisce i Suoi dati al di fuori dell'Unione Europea. In alcune determinate circostanze e per finalità connesse alla conservazione e gestione elettronica dei dati, alcuni dei suoi dati possono essere forniti a destinatari che li trasferiscono presso paesi terzi. In questo caso Sara Assicurazioni assicura che il destinatario, che opera in qualità di Responsabile del Trattamento, rispetti le disposizioni di cui al GDPR ivi comprese le norme specificatamente dettate per il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi. In particolare, Sara Assicurazioni garantisce che i trasferimenti avvengano sulla base di una decisione di adeguatezza o della sottoscrizione da parte del Responsabile di clausole contrattuali tipo di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea.

L'effettivo trasferimento dei dati personali verso paesi terzi e le connesse maggiori informazioni possono essere richieste contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

7. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI?

I Dati e i Dati Particolari a Lei riferibili saranno trattati da Sara Assicurazioni solo per il tempo necessario per le finalità sopra menzionate.

In particolare, riportiamo di seguito i principali periodi di utilizzo e conservazione dei Suoi Dati e i Dati Particolari con riferimento alle diverse finalità di trattamento:

- a) per finalità connesse all'esecuzione del contratto, compresi i trattamenti svolti attraverso il dispositivo installato sul veicolo, i Suoi Dati e i Dati Particolari saranno trattati dal Titolare per tutta la durata del contratto e sino a che sussistano obbligazioni o adempimenti connessi all'esecuzione del contratto e saranno conservati per un periodo di 11 anni successivo a tale termine per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire al Titolare la difesa dei propri diritti;
- b) per l'adempimento di obblighi di legge, i suoi Dati e Dati Particolari saranno trattati e conservati da Sara Assicurazioni finché persista la necessità del trattamento per adempiere a detti obblighi di legge;
- c) in caso di mancato perfezionamento del contratto, i suoi Dati e Dati Particolari raccolti per finalità connesse alla valutazione del rischio e alla definizione del preventivo economico potranno essere conservati per un periodo di 6 anni per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire al Titolare la difesa dei propri diritti;
- d) per finalità di localizzazione del veicolo in caso di sinistro, per il tempo strettamente necessario alla ricostruzione dello stesso ed all'accertamento delle relative responsabilità; in caso di furto, per il periodo di tempo strettamente necessario all'individuazione e al recupero del mezzo, fatte salve eventuali ulteriori esigenze di conservazione legate a specifiche disposizioni normative o per la tutela di propri diritti in sede giudiziaria;
- e) con riferimento ai trattamenti per fini di marketing, svolti sulla base di un legittimo interesse del Titolare, ovvero del Suo consenso, i Suoi Dati saranno trattati salvo opposizione al trattamento o eventuale revoca del consenso da Lei prestato;
- f) per finalità di profilazione, i Suoi Dati saranno conservati per un periodo massimo di 12 mesi dalla loro registrazione, o per il diverso periodo che dovesse essere disposto dalla legge o da provvedimenti dell'Autorità Garante decorsi i quali i dati saranno definitivamente cancellati.
- g) per finalità di analisi statistica o statistico attuariale, i Suoi Dati saranno conservati per un periodo massimo di 12 mesi decorsi i quali i dati saranno anonimizzati o definitivamente cancellati.

8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?

Durante il periodo in cui Sara Assicurazioni è in possesso dei Suoi Dati e, se del caso, dei Suoi Dati Personali, Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di revocare il consenso prestato – Lei ha il diritto di revocare in ogni momento il consenso da Lei prestato per i diversi trattamenti che lo richiedono
- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Particolari nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati e Dati Personali in nostro possesso, qualora gli stessi siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, Lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi Dati e Dati Particolari presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Personali;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati e Dati Particolari in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati e Dati Particolari;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui Sara Assicurazioni si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 9.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2

9. COME PROPORRE UN RECLAMO?

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati e, se del caso, i Suoi Dati Personali sono trattati da Sara Assicurazioni, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.

Contratto di assicurazione infortuni collettivo

Infortuni cumulativa

Modello: 161COL **Edizione:** 12/2019

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SIN161A **Edizione:** 01/2019

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- ✓ delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- ✓ di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

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

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- ✓ su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- ✓ su aeromobili di Aereoclubs;
- ✓ su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

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



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

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

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



Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (con particolare riferimento al cambio di attività professionale dichiarata) e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

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



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.

Il premio di polizza può essere annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali senza oneri aggiuntivi. E' altresì prevista la possibilità di effettuare il versamento di un premio unico anticipato per le polizze di durata inferiore all'anno.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

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

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. Il premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore per ciascuna garanzia.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile.

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

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Contratto di assicurazione infortuni collettivo

Infortuni cumulativa

Condizioni di Assicurazione

Modello: 161COL **Edizione:** 12/2019

Contratto redatto secondo le Linee guida di Ania "Contratti semplici e chiari" del 06/02/2018

INDICE

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

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

Definizioni

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

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

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Fatturato Netto: l'importo risultante dal bilancio alla voce "Ricavi delle vendite e delle prestazioni" conseguito da tutti gli Assicurati coperti dalla presente Polizza nell'annualità (o nel periodo assicurativo se di durata inferiore all'anno) di efficacia dell'Assicurazione al netto di (salvo diversa contrattualizzazione):

- Fatturazione tra gli Assicurati (Intercompany)
- I.V.A. od equivalenti imposte locali applicabili

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza: i documenti che provano l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

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

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

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

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

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

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

Società: la SARA Assicurazioni S.p.A.

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

1. Norme che regolano l'assicurazione in generale

1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

1.2 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O PER CONTO ALTRUI

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

1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

1.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel simple di polizza mod. 161A, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:

IN MISURA INTEGRALE, se l'attività svolta al momento del sinistro corrisponde ad una classe professionale uguale od inferiore a quella dichiarata;

NELLA PERCENTUALE INDICATA NELLA SOTTOSTANTE TABELLA, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente le varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall' "Elenco delle attività professionali" (Allegato 1).

Qualora al momento del sinistro l'attività effettivamente svolta dall'Assicurato risulti differente da quella indicata in polizza e risulti tra quelle elencate nella classe professionale "R.D.", non verrà corrisposto alcun indennizzo in quanto tali attività risultano assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società.

Per la classificazione di attività eventualmente non citate nell' "Elenco delle attività professionali" saranno utilizzati criteri di equivalenza od analogia ad attività elencate.

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

1.7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

1.8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

1.10 - ONERI FISCALI

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

1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.12 - MEDIAZIONE

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

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

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

Elenco degli organismi di mediazione:

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

2. Norme che regolano l'assicurazione infortuni

2.1 - RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

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

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

2.2 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

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

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

2.3 - RISCHIO VOLO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2.3, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di Aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.4 - RISCHIO GUERRA, GUERRIGLIA E INSURREZIONE

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

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

2.5 – INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000,00 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

2.6 LESIONI SPECIALI

Ernie traumatiche

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

2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

2.8 - VALIDITA TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Casi assicurabili e limitazioni

2.9 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C. C..

Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

2.10 – INVALIDITA' PERMANENTE

a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencati nella tabella sotto riportata all'art. 2.11.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella di cui all'art. 2.11, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- Nel caso di minorazioni, anziché di perdita di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella suddetta tabella, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni, di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella suddetta tabella e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra riportati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

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

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo		12%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita anatomica o funzionale di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un dito del piede diverso dall'alluce		1%
- falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole		35%
- del ginocchio in estensione		25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto		10%
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgica		15%
Sordità completa di:		
- un orecchio		10%
- ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
- monolaterale		4%
- bilaterale		10%
Perdita anatomica di:		
- un rene		15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
Paralisi completa:		
- del nervo sciatico popliteo esterno		15%
- Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale		12%
- una vertebra dorsale		5%
- 12° dorsale		10%
- una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo:		2%
Esiti di frattura del sacro		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
- un occhio		25%
- ambedue gli occhi		100%

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

2.12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA E DIFFERENZIATA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

2.13 - INABILITA TEMPORANEA - FRANCHIGIA

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

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

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

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

2.14 - RIMBORSO SPESE SANITARIE

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

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

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

2.15 - RICOVERO E CONVALESCENZA

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

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

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

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

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

2.16 - APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO

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

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

2.17 – RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.

L'effetto della polizza emessa da SARA VITA avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuata dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

2.18 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro deve darsi avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accertamento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Per il rimborso delle spese sanitarie devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notula, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

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

2.19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un altro già minorato, le percentuali di cui alla Tabella riportata all'art. 2.11 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto che precede, debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una 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 da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri componenti del Collegio nel verbale definitivo.

2.21 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

2.22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

2.23 - INDICIZZAZIONE

Qualora dal frontespizio di polizza risulti che il contratto è soggetto ad indicizzazione ("Indicizzazione SI"), le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nella scheda di polizza mod. 161A, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della stipulazione, con quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

Norme relative alla gestione del contratto

2.24 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

2.25 - VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone indicate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento e di incasso della relativa appendice. La cessazione di singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

2.26 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di trenta giorni.

2.27 - COESISTENZA DI POLIZZA DI R. C.

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

2.28 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

a) Determinazione del premio

Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza, necessari al calcolo del premio di regolazione.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Qualora il Contraente ometta di comunicare alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza necessari al calcolo del premio di regolazione, la Società considererà l'omessa dichiarazione dei dati di consuntivo una implicita dichiarazione di assenza di variazioni rispetto al valore preventivato.

Pertanto, entro 120 giorni dalla fine del periodo assicurativo, verrà emessa e perfezionata appendice di regolazione a premio zero.

b) Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

L'ammontare dell'elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c) Accertamenti e controlli

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

d) Sanzioni

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

3. Condizioni particolari

valgono soltanto quelle espressamente richiamate in polizza

3.1 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A modifica dell'art.2.1 "Rischi assicurati" del presente contratto, la garanzia è prestata limitatamente ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.

L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi o comunque un'attività lavorativa o di stage o studio o di volontariato presso/per conto di terzi con unorario di lavoro/attività, oggettivamente riscontrabile.

3.2 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

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

3.3 - RISCHIO CONDUCENTE

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

3.4 - RISCHIO "IN ITINERE"

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

3.5 - AMMINISTRATORI - RISCHI DELLA CARICA

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

3.6 - ADDETTI AI FABBRICATI

L'assicurazione è prestata in favore dell'addetto (o degli addetti) al fabbricato indicato in polizza con le mansioni ivi descritte, esclusivamente per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento dei suoi compiti all'interno delle strutture o dell'area di pertinenza del fabbricato ed anche all'esterno delle stesse qualora le mansioni a lui affidate dall'amministrazione immobiliare lo richiedano.

La garanzia vale soltanto per persone di età non inferiore a 18 anni.

Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'art. 2.19.

3.7 - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE A FAVORE DEL CONTRAENTE

Essendo il contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad esso possa derivare da un infortunio sofferto dalla persona assicurata, si conviene che l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società, impegnandosi pure a manlevare la Società stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.

In caso di sinistro il Contraente si impegna ad esibire documentazione attestante l'avvenuta presa visione ed assenso, di quanto sopra, da parte dell'Assicurato, pena decadenza della presente condizione.

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

3.8 - CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI

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

3.9 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre società o con la Società stessa.

3.10 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA'

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 2.19.

È parimenti confermato l'art. 2.7 "persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.

3.11 - GARANZIA INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE

A) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o - in caso di morte - i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea - in eccedenza all'indennizzo predetto, **fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 180.000,00 per persona.**

B) Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, **il maggior esborso a carico della Società non potrà complessivamente superare la somma di € 775.000,00.**

C) La presente estensione di garanzia è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, **ma non vale:**

- per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;

- se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;

- se l'infortunato è:

1) ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;

2) amministratore o socio del Contraente, se il Contraente è una società a responsabilità illimitata, nonché le persone che si trovino con lui nei rapporti di cui al precedente punto 1).

D) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a lui spettanti.

3.12 - ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI

Fermo quanto previsto dall'articolo 2.28 - "Regolazione del premio", per la determinazione delle somme assicurate e per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.

Il tasso di premio viene pattuito per ogni Euro di retribuzione computata, e riportato sulla scheda di copertura. Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.

Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta. Il Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione tenuti dal Contraente.

3.13 MALATTIE PROFESSIONALI (per garanzie Morte ed Invalidità Permanente)

1) La garanzia si intende estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio, che abbiano per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente. La garanzia può valere per una o entrambe le garanzie, a secondo se sono state selezionate in polizza.

2) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data della cessazione del rapporto stesso o dalla data della cessazione del servizio (se questa è anteriore alla scadenza del contratto).

3) sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali cardiovascolari e quelle tubercolari; vale inoltre l'esclusione prevista dall'art. 2.2 lett. g delle norme che regolano il contratto, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

4) Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa sia di grado pari o inferiore al 20% della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

5) In caso di controversia se la malattia sia stata riportata in servizio e per cause di servizio o se la stessa sia insorta o si sia manifestata nei termini previsti dal precedente punto 2), la competenza può essere demandata al Collegio arbitrale previsto dall'Art. 2.19 delle norme che regolano il contratto.

6) per malattia si deve intendere: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

7) Limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente, la garanzia si intende estesa, alle affezioni da **HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C"**, contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.

L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate.

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio.

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

3.14 MALATTIE CONTRATTE PER CAUSA DI SERVIZIO (per garanzia Diaria da ricovero in istituto di cura)

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di malattia riportata in servizio e per cause di servizio e relativa esclusivamente allo svolgimento dell'attività descritta in polizza e per la quale viene prestata la presente Assicurazione, la Società corrisponderà all'Assicurato stesso, un'indennità giornaliera pari ad euro 5,00 (cinque) per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni, per sinistro ed anno assicurativo. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel computo dei giorni.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia.

In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Non danno diritto all'indennità:

- ricoveri che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o sostituzione di polizza, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso) preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;
- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;
- le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;
- gli eventuali ricoveri conseguenti a contagio accidentale da virus H.I.V.;
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana.

3.15 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SECONDO LE TABELLE INAIL

Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali riportate dalla tabella di cui all'art. 2.11 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3.16 - DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

- 1) Per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.06.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).
- 2) Le percentuali di invalidità permanente stabilite nella tabella di cui all'art. 2.11 sono sostituite con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.
- 3) In deroga a quanto previsto dalla Condizione Particolare di cui all'art. 3.12, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione avente carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.
- 4) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
- 5) L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura maggiore del 10%.

Si intendono "malattie professionali" quelle riconosciute, per l'attività industriale esercitata dal Contraente, dal T.U. Infortuni sul lavoro citato e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, ferma l'esclusione delle lesioni da radiazioni atomiche di cui all'art. 2.2 lettera g).

Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.

Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

6) Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 2.19 - renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

7) Franchigie sulla invalidità Permanente.

In parziale deroga a quanto stabilito all'art. 2.12, si conviene quanto segue:

- la franchigia del 3% è annullata;
- la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente € 259.000,00;
- la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente € 388.000,00.

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

3.17 Forma con esclusione della franchigia iniziale

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

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

- a. sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;
- b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c. sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente .
- d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

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

3.18 Forma con franchigia assoluta del 5%

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

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

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

3.19 Forma con franchigia iniziale del 5% relativa al 15%

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

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

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

**Allegato 1
ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI**

Classe Professionale A

Agenti :

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

Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali

Antiquari senza restauro

Allevatori di animali che non prestano lavoro manuale

Amministratori

Archeologo che non partecipa a scavi

Architetti occupati prevalentemente in ufficio

Arredatori

Assistenti sociali (anche geriatrici)

Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale

Avvocati - Procuratori Legali

Badanti

Bambini età prescolare (0-5 anni)

Benestanti senza particolari occupazioni

Barbieri

Biologi senza uso di sostanze chimiche

Benestanti senza particolari occupazioni

Bigliettai

Call center (addetto)

Cancelliere

Casalinghe

Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)

Clero (esclusi missionari)

Commercialisti (liberi professionisti)

Consulenti aziendali

Corrieri (amministrativo)

Dentisti

Diplomatico

Dirigenti occupati solo in ufficio

Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accesso a cantieri, ponti, impalcature, ecc.

Disegnatori occupati solo in ufficio

Distributori automatici di carburante (gestori) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili

Enologi ed enotecnici

Erboristi

Estetisti / Truccatori

Farmacisti

Figurinista

Fotografi anche all'esterno esclusi fotoreporter all'estero

Galleristi (galleria d'arte)

Geologi occupati solo in ufficio

Geometri occupati solo in ufficio

Giornalisti: cronisti e corrispondenti esclusi inviati all'estero

Hostess di terra

Igienista dentale

Impiegati amministrativi in genere

Imprenditori in genere che non lavorano manualmente

Ingegneri occupati solo in ufficio

Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale

Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale

Interpreti

Istruttori di teoria di scuola guida

Magazzinieri - senza impiego di mezzi di sollevamento

Magistrati - Giudici

Manicure

Massaggiatori

Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)

Militare (impiegato in ufficio mansioni amministrative no all'etero)

Musicisti

Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :

- abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
- articoli in pelle, calzature
- giocattoli, articoli sportivi

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

- cartolerie, librerie
- articoli od apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali
- rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
- tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari : per tutti, esclusa l'installazione
- frutta e verdura,
- casalinghi
- bar, caffè, bottiglierie
- animali
- articoli religiosi
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetriche
- Parrucchieri da donna
- Pedicure
- Pensionati
- Periti liberi professionisti
- Pittori (no impalcature)
- Pompe funebri (ufficio)
- Promotori finanziari
- Psicanalisti - Psicologi
- Puericultrici
- Revisore dei conti
- Ricevitoria lotto
- Sarti
- Scrittori
- Segretari comunali
- Sociologi
- Studenti
- Vetrinisti

Classe Professionale B

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

Classe Professionale C

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

Condizioni di Assicurazione Nuova Infortuni Cumulativa

Classe Professionale D

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

Classe professionale "R.D." (assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).

Ballerine professioniste
Cameraman inviati speciali all'estero
Fotoreporter all'estero
Giornalisti inviati speciali all'estero
Guide alpine
Militari (anche Guardia Forestale)
Missionari
Palombari
Poliziotti/Questori
Skipper
Sommozzatori / Palombari
Speleologi
Sport motonautici
Sport agonistici

Nuova Infortuni Cumulativa

SITIBO' SRLS
Polizza: 33029HF

Condizioni Speciali di assicurazione

Clausola: MU0029 - Clausola a Testo LiberoA far data dalle ore 24:00 del 07-02-2020 si conviene di attivare la clausola 'MU0029 - Clausola a Testo Libero':**Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Bridge Insurance Broker s.r.l. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte dell'Impresa nei confronti del Broker nel caso di omesso versamento del premio da parte del Broker sul conto separato.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D.Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Descrizione rischio:

Polizza cumulativa infortuni a garanzia dei partecipanti alle camminate organizzate dalla contraente nei boschi e in montagna su sentieri tracciati CAI. Con un massimo di n. 20 partecipanti a singola camminata.

Capitale Caso Morte Eur. 80.000

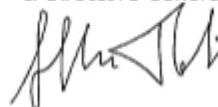
Capitale Caso I.P. Eur. 80.000 (franchigia fissa pari al 5%)

Premio lordo di Eur. 1,50 al giorno/persona

La contraente si obbliga a comunicare al broker titolare della polizza, l'elenco degli assicurati entro le ore 24.00 del giorno precedente l'escursione.

Il Contraente

.....

Sara Assicurazioni S.p.a.**Il Direttore Generale**

Nuova Infortuni Cumulativa

SITIBO' SRLS
Polizza: 33029HF**Condizioni Speciali di assicurazione**

Clausola: MU0029 - Clausola a Testo Libero

A far data dalle ore 24:00 del 07-02-2020 si conviene di attivare la clausola 'MU0029 - Clausola a Testo Libero':

Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Bridge Insurance Broker s.r.l. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte dell'Impresa nei confronti del Broker nel caso di omesso versamento del premio da parte del Broker sul conto separato.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D.Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Descrizione rischio:

Polizza cumulativa infortuni a garanzia dei partecipanti alle camminate organizzate dalla contraente nei boschi e in montagna su sentieri tracciati CAI. Con un massimo di n. 20 partecipanti a singola camminata.

Capitale Caso Morte Eur. 80.000

Capitale Caso I.P. Eur. 80.000 (franchigia fissa pari al 5%)

Premio lordo di Eur. 1,50 al giorno/persona

La contraente si obbliga a comunicare al broker titolare della polizza, l'elenco degli assicurati entro le ore 24.00 del giorno precedente l'escursione.

Il Contraente

.....

Sara Assicurazioni S.p.a.
Il Direttore Generale



il contratto di assicurazione infortuni

Nuova Infortuni cumulativa

Polizza:

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione: mod. 161B**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Modello 161COL edizione 11/2017

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP
(Regolamento ISVAP n° 35 del 2010)

ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società www.sara.it

Informazioni relative all'Impresa

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI.
Tel. +39 06 8475.1 -FAX +39 06 8475223 -Sito Internet: www.sara.it -Indirizzo e-mail: info@sara.it - Indirizzo PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016

- Patrimonio netto: **563.015.604**
- Capitale sociale : **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: **447.971.297**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **2,39** tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Informazioni specifiche sul contratto Infortuni Cumulativa

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art. 1.9 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione", della normativa di polizza.

Coperture assicurative offerte -Limitazioni ed esclusioni

- Morte Art. 2.9
- Invalità permanente Art. 2.10
- Inabilità temporanea Art. 2.13
- Rimborso spese sanitarie Art. 2.14
- Ricovero e convalescenza Art. 2.15
- Applicazione apparecchio gessato Art. 2.16
- Rendita vitalizia Art. 2.17

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli artt. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 1.3 Altre assicurazioni, 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, 1.6 Aggravamento del rischio, 2.2. Rischi esclusi, 2.3 Rischio volo, 2.4 Rischio guerra o insurrezione, 2.7 Persone non assicurabili, 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'Assicurato, 2.25 Variazioni nelle persone assicurate, 2.27 Coesistenza di polizza R.C., 2.28 Regolazione del premio, 3.1 Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi professionali, 3.2 Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extraprofessionali, 3.3 Rischio conducente, 3.4 Rischio in itinere, 3.5 Amministratori – rischi della carica, 3.6 Addetti ai fabbricati, della normativa di polizza.

La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli artt. 2.5 Infortuni determinati da calamità naturali, 2.6 Lesioni speciali, 2.12 Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente, 2.13 Inabilità temporanea – Franchigia, 2.14 Rimborso Spese Sanitarie, 2.15 Ricovero e convalescenza, 2.16 Applicazione apparecchio gessato, 2.17 Rendita vitalizia, 3.11 Garanzia integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il contraente, 3.13 Malattie professionali, 3.14 Malattie contratte per cause di servizio, 3.16 Dirigenti di imprese industriali, 3.17 Forma con esclusione della franchigia iniziale, 3.18 Forma con franchigia assoluta del 5%, 3.19 Forma con franchigia iniziale del 5%, relativa al 15%.

Esempio di liquidazione indennizzo:

Garanzie prestate:

- Invalità Permanente € 250.000,00
- ipotizzando la formulazione con franchigia iniziale del 3% (ex art. 2.12 - Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente);
- Rimborso Spese Sanitarie € 10.000,00
- Inabilità Temporanea € 30,00

Si verifica un sinistro indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- un'invalità permanente totale accertata dell'18%;
- un'inabilità temporanea totale quantificata in 20 giorni;
- spese per prestazioni sanitarie (rientranti nell'elenco ex art. 2.14 - Rimborso spese sanitarie) non avvenute durante il ricovero per un totale di € 8.500,00.

L'ammontare dell'indennizzo spettante sarà pari ad € 44.690,00, così di seguito composto:

Invalità permanente:

sulla prima parte di somma assicurata fino 250.000,00 € (franchigia 3%): $18\%-3\% = 15\% \times 2.500\text{€} =$ € 37.500,00

Inabilità temporanea:

(franchigia 7 giorni): $20\text{gg} - 7\text{gg} = 13\text{gg} \times 30\text{€} =$ € 390,00

Rimborso spese sanitarie:

Totale indennizzo per Rimborso spese sanitarie (scoperto 20%) € 6.800,00

TOT:

€ 44.690,00



Dichiarazione del Contraente e/o Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. 1.1 della normativa di polizza.

Si richiama anche l'Art.1.3 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

Aggravamento, diminuzione del rischio - Cambiamento dell'attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (con particolare riferimento al cambio di attività professionale dichiarata) e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c. Vedasi artt. 1.6, 1.7 della normativa di polizza.

A titolo di esempio, nel prodotto "Infortuni cumulativa", circostanza di aggravamento/diminuzione del rischio è la variazione dell'attività lavorativa dei soggetti assicurati. Vedasi Artt. 1.6, 1.7 della normativa di polizza.

Premio

Il premio di polizza può essere annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali senza oneri aggiuntivi. E' altresì prevista la possibilità di effettuare il versamento di un premio unico anticipato per le polizze di durata inferiore all'anno.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

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

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento.

Vedasi art. 2.23 Indicizzazione della normativa di polizza.

Recesso

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro, della normativa di polizza. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180 D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato. In tal caso il diritto sostanziale applicabile, in caso di controversia, sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede la garanzia infortuni, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Infortuni: 2,5%

Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro (vedi definizione sul Glossario) insorge per la garanzia Morte al momento del decesso dell'assicurato, o nel caso in cui il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termine degli artt. 60, e 62 c.c.; per la garanzia Invalidità permanente e per la Rendita vitalizia con lo stabilizzarsi dei postumi dai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza, vedi art. 2.11 Tabella: Percentuali per la valutazione del grado di invalidità permanente, nella normativa di polizza; relativamente alle garanzie Inabilità temporanea, Rimborso spese di cura, Ricovero e convalescenza, Indennità di apparecchio gessato, nel momento in cui si avverano le condizioni descritte in polizza relativamente alle su dette garanzie.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro, regolati all' art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale. L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, art. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza. In caso di presenza di postumi di Invalidità permanente potrebbe essere richiesto all'assicurato di sottoporsi a visita medica. Non sono previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

Relativamente alla liquidazione dell'indennizzo si rimanda agli artt. 2.18 Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'assicurato, 2.19 Criteri di indennizzabilità, e 2.21 Pagamento dell'indennizzo, 2.28 Regolazione del premio, della normativa contrattuale.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it.

L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere:

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

Oltre al tentativo obbligatorio della mediazione, resta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria o ricorrere alla negoziazione assistita.

Per negoziazione assistita si intende: l'istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio

Per mediazione si intende l'istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente all'art.1.15 delle Condizioni generali di assicurazione.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate:

• **Conciliazione paritetica:** Le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri r.c.auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sul sito della Sara (www.sara.it) , sui i siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it).

• **negoziazione assistita:** la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio · mediazione: è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito .

Mediazione

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

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

Denominazione

- 1 Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane
- 2 ADR Center
- 3 IFOAP concilia

Riferimenti

- www.camcom.gov.it
- www.adrcenter.com
- www.ifoapconcilia.it

Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri, nonché sul grado di invalidità permanente e/o sulla durata dell'inabilità temporanea, possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Art. 2.20 della normativa di polizza.

In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti



Glossario

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

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

Contraente: il soggetto che stipula il contratto;

Fatturato Netto: l'importo risultante dal bilancio alla voce "Ricavi delle vendite e delle prestazioni" conseguito da tutti gli Assicurati coperti dalla presente Polizza nell'annualità (o nel periodo assicurativo se di durata inferiore all'anno) di efficacia dell'Assicurazione al netto di (salvo diversa contrattualizzazione):

- Fatturazione tra gli Assicurati (Intercompany)
- I.V.A. od equivalenti imposte locali applicabili

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

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

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;

Indennizzo / indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

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

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

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

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

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

Malformazione / difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

Massimale: la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

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

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

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

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

Società: SARA assicurazioni S.p.A;

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

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Il Direttore Generale


sara assicurazioni

Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia



Nuova Infortuni Cumulativa

Polizza:

Norme che regolano il contratto



INDICE

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



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

Definizioni

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

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

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Fatturato Netto: l'importo risultante dal bilancio alla voce "Ricavi delle vendite e delle prestazioni" conseguito da tutti gli Assicurati coperti dalla presente Polizza nell'annualità (o nel periodo assicurativo se di durata inferiore all'anno) di efficacia dell'Assicurazione al netto di (salvo diversa contrattualizzazione):

- Fatturazione tra gli Assicurati (Intercompany)
- I.V.A. od equivalenti imposte locali applicabili

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza: i documenti che provano l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

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

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

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

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

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

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

Società: la SARA Assicurazioni S.p.A.

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

1. Norme che regolano l'assicurazione in generale

1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

1.2 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O PER CONTO ALTRUI

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

1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

1.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel simple di polizza mod. 161A, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:

IN MISURA INTEGRALE, se l'attività svolta al momento del sinistro corrisponde ad una classe professionale uguale od inferiore a quella dichiarata;

NELLA PERCENTUALE INDICATA NELLA SOTTOSTANTE TABELLA, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente le varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall' "Elenco delle attività professionali" (Allegato 1).

Qualora al momento del sinistro l'attività effettivamente svolta dall'Assicurato risulti differente da quella indicata in polizza e risulti tra quelle elencate nella classe professionale "R.D.", non verrà corrisposto alcun indennizzo in quanto tali attività risultano assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società.

Per la classificazione di attività eventualmente non citate nell' "Elenco delle attività professionali" saranno utilizzati criteri di equivalenza od analogia ad attività elencate.

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

1.7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

1.8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

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

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



1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

1.10 - ONERI FISCALI

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

1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.12 - MEDIAZIONE

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

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

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

Elenco degli organismi di mediazione:

Denominazione

- 1 Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane
- 2 ADR Center
- 3 IFOAP concilia

Riferimenti

- www.camcom.gov.it
www.adrcenter.com
www.ifoapconcilia.it



2. Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Oggetto e delimitazione dell'assicurazione

2.1 - RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

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

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

2.2 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

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

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

2.3 - RISCHIO VOLO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2.3, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su veicoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di Aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.4 - RISCHIO GUERRA, GUERRIGLIA E INSURREZIONE

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

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.5 - INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000,00 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.



2.6 LESIONI SPECIALI**Ernie traumatiche**

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

2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

2.8 - VALIDITA TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Casi assicurabili e limitazioni**2.9 - MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C. C..

Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

2.10 – INVALIDITA' PERMANENTE

a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencati nella tabella sotto riportata all'art. 2.11.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella di cui all'art. 2.11, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

· Nel caso di minorazioni, anziché di perdita di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella succitata tabella, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

· nel caso di menomazioni, di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

· nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella suddetta tabella e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra riportati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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



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

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita anatomica o funzionale di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un dito del piede diverso dall'alluce		1%
- falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole		35%
- del ginocchio in estensione		25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto		10%
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgica		15%
Sordità completa di:		
- un orecchio		10%
- ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
- monolaterale		4%
- bilaterale		10%
Perdita anatomica di:		
- un rene		15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
Paralisi completa:		
- del nervo sciatico popliteo esterno		15%
- Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale		12%
- una vertebra dorsale		5%
- 12° dorsale		10%
- una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo:		2%
Esiti di frattura del sacro		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
- un occhio		25%
- ambedue gli occhi		100%

2.12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA E DIFFERENZIATA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

2.13 - INABILITÀ TEMPORANEA - FRANCHIGIA

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

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

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

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

2.14 - RIMBORSO SPESE SANITARIE

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

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

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

2.15 - RICOVERO E CONVALESCENZA

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

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

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

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

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

2.16 - APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, venga applicato all'Assicurato una gessatura, la Società corrisponde l'indennizzo giornaliero indicato nella scheda di polizza, fino alla rimozione del gesso, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate, **per un periodo massimo di 90 giorni**. Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno si considerano giorno unico. Qualora detta garanzia sia coesistente con quella prevista dall'art. 1.14 "Ricovero e Convalescenza" nonché con l'indennità prevista dal successivo art. 1.16 "Inabilità Temporanea", le assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.

2.17 - RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.

L'effetto della polizza emessa da SARA VITA avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di Invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuata dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri**2.18 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

In caso di sinistro deve darsi avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accertamento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Per il rimborso delle spese sanitarie devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notula, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

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

2.19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un altro già minorato, le percentuali di cui alla Tabella riportata all'art. 2.11 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto che precede, debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una 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 da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri componenti del Collegio nel verbale definitivo.

2.21 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

2.22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

2.23 - INDICIZZAZIONE

Qualora dal frontespizio di polizza risulti che il contratto è soggetto ad indicizzazione ("Indicizzazione SI"), le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nella scheda di polizza mod. 161A, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della stipulazione, con quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Norme relative alla gestione del contratto

2.24 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

2.25 - VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone indicate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società; l'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento e di incasso della relativa appendice. La cessazione di singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

2.26 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di trenta giorni.

2.27 - COESISTENZA DI POLIZZA DI R. C.

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

2.28 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il contratto è emesso con la formula a "regolazione del premio", il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri, o libri amministrativi del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del Contraente circa la consistenza numerica degli elementi di rischio variabili (numero degli assicurati, o retribuzione lorde, o fatturato netto) quale risulta inizialmente indicata in polizza.

Eventuali variazioni nel novero degli Assicurati in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente; delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio.

a) Determinazione del premio

Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, **fermo il premio minimo stabilito in polizza, comunque acquisito dalla Società.**

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

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

Le differenze passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

b) Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

L'ammontare dell' elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c) Accertamenti e controlli

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

d) Sanzioni

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



3. Condizioni particolari*valgono soltanto quelle espressamente richiamate in polizza***3.1 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI**

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

3.2 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

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

3.3 - RISCHIO CONDUCENTE

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

3.4 - RISCHIO "IN ITINERE"

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

3.5 - AMMINISTRATORI - RISCHI DELLA CARICA

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

3.6 - ADDETTI AI FABBRICATI

L'assicurazione è prestata in favore dell'addetto (o degli addetti) al fabbricato indicato in polizza con le mansioni ivi descritte, esclusivamente per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento dei suoi compiti all'interno delle strutture o dell'area di pertinenza del fabbricato ed anche all'esterno delle stesse qualora le mansioni a lui affidate dall'amministrazione immobiliare lo richiedano.

La garanzia vale soltanto per persone di età non inferiore a 18 anni.

Se l'addetto non è indicato nominativamente in polizza lo stesso è individuato mediante le scritture contabili, la documentazione e gli atti di amministrazione che il Contraente si impegna ad esibire agli incaricati dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità o difetti fisici, si intendono confermati espressamente i criteri di indennizzabilità stabiliti all'art. 2.19.

3.7 - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE A FAVORE DEL CONTRAENTE

Essendo il contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad esso possa derivare da un infortunio sofferto dalla persona assicurata, si conviene che l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società, impegnandosi pure a manlevare la Società stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.

In caso di sinistro il Contraente si impegna ad esibire documentazione attestante l'avvenuta presa visione ed assenso, di quanto sopra, da parte dell'Assicurato, pena decadenza della presente condizione.

3.8 - CAMBIAMENTO NELLE MANSIONI DEGLI ASSICURATI

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

3.9 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre società o con la Società stessa.

3.10 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA'

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

È tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dall'art. 2.19.

È parimenti confermato l'art. 2.7 "persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile il relativo premio sarà restituito dalla Società.

3.11 - GARANZIA INTEGRATIVA PER INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE

A) Qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o - in caso di morte - i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea - in eccedenza all'indennizzo predetto, **fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 180.000,00 per persona.**

B) Qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Società non potrà complessivamente superare la somma di € 775.000,00.

C) La presente estensione di garanzia è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, ma non vale:

- per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;
- se, in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza, è in corso con la Società una polizza per la copertura della responsabilità civile del Contraente da essi derivante;
- se l'infortunato è:
 - 1) ascendente o discendente del Contraente, altro parente o affine con lui convivente;
 - 2) amministratore o socio del Contraente, se il Contraente è una società a responsabilità illimitata, nonché le persone che si trovino con lui nei rapporti di cui al precedente punto 1).

D) Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a lui spettanti.

3.12 - ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI

Fermo quanto previsto dall'articolo 2.28 – "Regolazione del premio", per la determinazione delle somme assicurate e per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.

Il tasso di premio viene pattuito per ogni Euro di retribuzione computata, e riportato sulla scheda di copertura. Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta.

Al premio risultante vanno applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti accessori ed imposta. Il Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione tenuti dal Contraente.

3.13 MALATTIE PROFESSIONALI (per garanzie Morte ed Invalidità Permanente)

1) La garanzia si intende estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio, che abbiano per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente. La garanzia può valere per una o entrambe le garanzie, a seconda se sono state selezionate in polizza.

2) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data della cessazione del rapporto stesso o dalla data della cessazione del servizio (se questa è anteriore alla scadenza del contratto).

3) sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali cardiovascolari e quelle tubercolari; vale inoltre l'esclusione prevista dall'art. 2.2 lett. g delle norme che regolano il contratto, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

4) Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa sia di grado pari o inferiore al 20% della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

5) In caso di controversia se la malattia sia stata riportata in servizio e per cause di servizio o se la stessa sia insorta o si sia manifestata nei termini previsti dal precedente punto 2), la competenza può essere demandata al Collegio arbitrale previsto dall'Art. 2.19 delle norme che regolano il contratto.

6) per malattia si deve intendere: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

7) Limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente, la garanzia si intende estesa, alle affezioni da HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C", contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.

L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate.

Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività il test per HIV, EPATITE VIRALE "B" ed EPATITE VIRALE "C", dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di un anno dall'evento per il solo caso di HIV.

3.14 MALATTIE CONTRATTE PER CAUSA DI SERVIZIO (per garanzia Diaria da ricovero in istituto di cura)

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di malattia riportata in servizio e per cause di servizio e relativa esclusivamente allo svolgimento dell'attività descritta in polizza e per la quale viene prestata la presente Assicurazione, la Società corrisponderà all'Assicurato stesso, un'indennità giornaliera pari ad euro 5,00 (cinque) per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni, per sinistro ed anno assicurativo. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel computo dei giorni.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia.

In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Non danno diritto all'indennità:

- ricoveri che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o sostituzione di polizza, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso) preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;

- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;

- le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;

- gli eventuali ricoveri conseguenti a contagio accidentale da virus H.I.V.;

- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;

- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana.

3.15 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SECONDO LE TABELLE INAIL

Per la valutazione del grado di invalidità permanente si conviene di sostituire le percentuali riportate dalla tabella di cui all'art. 2.11 con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3.16 - DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

1) Per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento al D.P.R. n. 1124, del 30.06.65 (T.U. Infortuni sul lavoro).

2) Le percentuali di invalidità permanente stabilite nella tabella di cui all'art. 2.11 sono sostituite con quelle previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.06.65.

3) In deroga a quanto previsto dalla Condizione Particolare di cui all'art. 3.12, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni e cioè: lo stipendio, gli elementi costitutivi della retribuzione avente carattere continuativo (compresi: provvigioni, premi di produzione, altri compensi ed indennità anche se non di ammontare fisso; esclusi: emolumenti di carattere occasionale e quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dirigente nella misura concordata convenzionalmente.

4) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella percepita dall'infortunato per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

5) L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità della polizza e che provochino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura maggiore del 10%.

Si intendono "malattie professionali" quelle riconosciute, per l'attività industriale esercitata dal Contraente, dal T.U. Infortuni sul lavoro citato e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, ferma l'esclusione delle lesioni da radiazioni atomiche di cui all'art. 2.2 lettera g).

Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.

Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

6) Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale - accertata con i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 2.19 - renda impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, comporti una riduzione della capacità lavorativa generica non inferiore al 50% e l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente, la Società liquida l'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

7) Franchigie sulla invalidità Permanente.

In parziale deroga a quanto stabilito all'art. 2.12, si conviene quanto segue:

- la franchigia del 3% è annullata;

- la franchigia del 5% si applica sulla parte di capitale eccedente l'importo pari a 6 volte la retribuzione e comunque sulla parte di capitale eccedente € 259.000,00;

- la franchigia del 10% si applica sulla parte di capitale eccedente € 388.000,00.

3.17 Forma con esclusione della franchigia iniziale

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

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

a. sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;

b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;

c. sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

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

3.18 Forma con franchigia assoluta del 5%

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

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

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

3.19 Forma con franchigia iniziale del 5% relativa al 15%

Il disposto dell'art. 2.12 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue.

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

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;

b) sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;

c) se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;

d) se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

Allegato 1
ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Classe Professionale A

Agenti :

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

Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali

Antiquari senza restauro

Allevatori di animali che non prestano lavoro manuale

Amministratori

Archeologo che non partecipa a scavi

Architetti occupati prevalentemente in ufficio

Arredatori

Assistenti sociali (anche geriatrici)

Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale

Avvocati - Procuratori Legali

Badanti

Bambini età prescolare (0-5 anni)

Benestanti senza particolari occupazioni

Barbieri

Biologi senza uso di sostanze chimiche

Benestanti senza particolari occupazioni

Bigliettai

Call center (addetto)

Cancelliere

Casalinghe

Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)

Clero (esclusi missionari)

Commercialisti (liberi professionisti)

Consulenti aziendali

Corrieri (amministrativo)

Dentisti

Diplomatico

Dirigenti occupati solo in ufficio

Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accesso a cantieri, ponti, impalcature, ecc.

Disegnatori occupati solo in ufficio

Distributori automatici di carburante (gestori) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili

Enologi ed enotecnici

Erboristi

Estetisti / Truccatori

Farmacisti

Figurista

Fotografi anche all'esterno esclusi fotoreporter all'estero

Galleristi (galleria d'arte)

Geologi occupati solo in ufficio

Geometri occupati solo in ufficio

Giornalisti: cronisti e corrispondenti esclusi inviati all'estero

Hostess di terra

Igienista dentale

Impiegati amministrativi in genere

Imprenditori in genere che non lavorano manualmente

Ingegneri occupati solo in ufficio

Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale

Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale

Interpreti

Istruttori di teoria di scuola guida

Magazzinieri - senza impiego di mezzi di sollevamento

Magistrati - Giudici

Manicure

Massaggiatori

Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)

Militare (impiegato in ufficio mansioni amministrative no all'estero)

Musicisti

Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :

- abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
- articoli in pelle, calzature
- giocattoli, articoli sportivi
- cartolerie, librerie
- articoli od apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali
- rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
- tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari : per tutti, esclusa l'installazione



- frutta e verdura,
- casalinghi
- bar, caffè, bottiglierie
- animali
- articoli religiosi
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetriche
- Parrucchieri da donna
- Pedicure
- Pensionati
- Periti liberi professionisti
- Pittori (no impalcature)
- Pompe funebri (ufficio)
- Promotori finanziari
- Psicanalisti - Psicologi
- Puericultrici
- Revisore dei conti
- Ricevitoria lotto
- Sarti
- Scrittori
- Segretari comunali
- Sociologi
- Studenti
- Vetrinisti

Classe Professionale B

- Agenti marittimi (commissario avaria)
- Agrimensori ed agronomi
- Albergatori
- Allenatori sportivi - Insegnanti di discipline sportive
- Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (altri animali diversi da equini, ovini, suini)
- Ambulanti
- Animatori turistici / Disk Jockey
- Antiquari con restauro (vedi restauratori)
- Apicoltori
- Arbitri
- Architetti che accedono anche ai cantieri
- Armaiooli (solo vendita)
- Armatori
- Attori, cantanti, direttori artistici
- Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autoambulanze, autofficine
- Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente
- Bagnini
- Bidelli
- Bigiotteria (lavorazione)
- Biliardi e biliardini, videogiochi (gestori di sale di)
- Biologi con uso di sostanze chimiche
- Callisti – podologi
- Cameraman (no estero)
- Camerieri
- Cantinieri
- Cappellai -Guantai
- Casari
- Cave a giorno : proprietari od addetti che non lavorano manualmente
- Ceramiche, maioliche, porcellane (lavorazione)
- Cesellatori
- Cinematografi (operatori)
- Commessi viaggiatori - Piazzisti
- Concessionari auto-motoveicoli
- Cordami (lavorazione)
- Custodi / Guardarobieri / Uscieri
- Decoratori, intonacatori, stuccatori - solo a terra
- Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature
- Disegnatori con accesso ai cantieri
- Disinfestatori
- Disoccupati
- Distributori automatici di carburante (gestori) con manutenzione, lavaggio e simili
- Dog Sitter
- Domestici/e / Collaboratori Familiari
- Ebanisti - Intarsiatori - Intagliatori di legno - Impagliatori (sedie - recipienti)
- Esattori - Ufficiali giudiziari
- Fattorini e messi
- Fiorai
- Fisioterapisti
- Fornai
- Fuochisti, addetti ad impianti di riscaldamento
- Geometri che accedono anche ai cantieri



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

Classe Professionale C

Accalappiacani
Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (equini, bovini, suini)
Analisti chimici
Antennisti (installatori di antenne RADIO - TV)
Ascensoristi
Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico
Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio, etc.
Barcaioli
Biciclette (vendite e riparazioni)
Borse e pelletterie (fabbricazione di)
Botanici
Bronzo e rame (lavorazione)
Calzolai
Canestri (fabbricazione di)
Cantonieri
Carrozzeri di autoveicoli
Cartiere (addetti)
Cave a giorno senza uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
Chimici (fabbricazione)
Collaudatori di autoveicoli - esclusi modelli da competizione



Corniciai
Corrieri con recapito
Cromatori e nichelatori
Cuochi
Cuoi e pellami (lavorazione)
Decoratori, intonacatori, stuccatori su impalcature o ponti
Elettrauto
Elettricisti che lavorano all'interno di edifici od a contatto con correnti a bassa tensione (600 V corrente continua e 400 V corrente alternata)
Floricoltori
Fonditori
Fabbri solo a terra
Fuochisti in impianti industriali
Galvanoplastica (addetti)
Geologi occupati anche all'esterno
Giornalai
Guardie notturne, giurate
Idraulici solo all'interno di edifici od a terra
Imbianchini (v. decoratori)
Impiegati con accesso a cantieri o ambienti con sostanze tossiche
Imprenditori edili che prendono parte a lavoro manuale
Insegnante di equitazione
Lucidatori (pelle, mobili, metalli)
Macellai (si macellazione)
Macchinisti di treno
Maniscalchi - Stallieri
Marinai
Marmisti solo a terra
Montatori meccanici
Materie plastiche (stampaggio di)
Meccanici
Mobili (fabbricazione di)
Mosaicisti solo all'interno dei prefabbricati
Mugnai
Netturbini - operatori ecologici
Pavimentatori e piastrellisti
Plastica - stampaggio lamiere plastiche
Pulizie, addetti (in esterni)
Riscaldamento - installazione e/o riparazioni
Saldatori (con lavorazione autogena od elettrica)
Scalpellini non in cava
Scaricatori portuale/doganale/mercati
Soffiatori di vetro
Specchi (lavorazione)
Strumenti musicali (fabbricazione)
Sughero (lavorazione)
Tipografi
Tornitori
Vulcanizzatori
Zincografi

Classe Professionale D

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



Muratori
Pescatori
Spazzacamini
Trattoristi / macchine movimento terra / Trivellatore
Verniciatori su impalcature, tetti, esterno navi
Vetrai
Vigili del fuoco

Classe professionale "R.D." (assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).

Ballerine professioniste
Cameraman inviati speciali all'estero
Fotoreporter all'estero
Giornalisti inviati speciali all'estero
Guide alpine
Militari (anche Guardia Forestale)
Missionari
Palombari
Poliziotti/Questori
Skipper
Sommozzatori / Palombari
Speleologi
Sport motonautici
Sport agonistici



Pagina lasciata volutamente in bianco





