

Contratto di assicurazione Infortuni

Ramo 75
Ed. Marzo 2017

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

Indice

Nota informativa

Premessa

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

B. Informazioni sul contratto

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di assicurazione

Oggetto e delimitazione del rischio

Prestazioni

Sinistri: diritti e doveri delle Parti

Altri diritti e doveri delle Parti

Disposizioni varie

Condizioni particolari

Tabella invalidità permanenti

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

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

Nota informativa

Edizione 03/2017

Premessa

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

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

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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

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

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

B. Informazioni sul contratto

Avvertenza. Il contratto, se non richiamata la Condizione particolare H - Deroga al patto di tacita proroga, prevede il tacito rinnovo, pertanto, qualora non disdetta 60 giorni prima della scadenza, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità così come indicato all'Art. 25 - Proroga dell'assicurazione - delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato o ai beneficiari designati per gli infortuni indicati all'Art. 1 - Rischio assicurato - delle Condizioni di assicurazione che determinano i casi di Morte (Art. 9), Invalidità Permanente (Art. 10), Diarie corrisposte allo stesso per i ricoveri (Art. 14), l'Inabilità temporanea (Art.12) e le spese mediche (Art. 13), così come rispettivamente indicato agli Articoli indicati fra parentesi delle Condizioni di assicurazione.

Per tali prestazioni assicurative sono operanti esclusioni, limitazioni territoriali e sulle persone assicurabili, riportate agli Artt. 5, 6, 7 delle Condizioni di assicurazione a cui si rimanda per i rispettivi dettagli.

Avvertenza. Per la prestazione Invalidità Permanente è prevista una franchigia che limita l'indennizzo ai casi di percentuale di Invalidità Permanente superiore al 3% per le somme assicurate fino a euro 110.000, al 5% per le somme assicurate oltre euro 110.000 e fino a euro 220.000, al 10% per le somme assicurate oltre euro 220.000, come indicato all'Art. 11 - Franchigia assoluta e differenziata per Invalidità Permanente - delle Condizioni di assicurazione. Più precisamente se la somma assicurata è pari a euro 200.000 e l'infortunio è pari a un'invalidità permanente del 6%, l'indennizzo risulta così calcolato: opera una franchigia pari al 3% fino a 110.000 euro, quindi $6\% - 3\% = 3\% \times 110.000$; oltre opera la franchigia del 5%, quindi $6\% - 5\% = 1\%$ da applicare alla somma assicurata residua di 200.000 - 110.000 = 90.000. Quindi l'indennizzo risulterebbe pari a: $3\% \times 110.000 + 1\% \text{ per } 90.000 = 3.300 + 900 = 4.200$ euro. Se invece la percentuale di Invalidità Permanente fosse stata del 50%, non essendo più operanti le franchigie, avremmo avuto: $200.000 \times 50\% = 100.000$ euro.

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

Avvertenza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, come precisato all'Art. 20 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni di assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio così come previsto dagli Artt. 22 e 23 delle Condizioni di assicurazione. In caso di aggravamento del rischio non conosciuto dalla Società, lo stesso può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

È ad esempio il caso dell'insorgere di una malattia mentale quale la schizofrenia nell'Assicurato che comporta un aggravamento di rischio e quindi una nuova valutazione del rischio da parte della Società. In assenza di comunicazione il rischio si considera aggravato e secondo quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile in caso di sinistro l'indennizzo può essere ridotto anche fino alla perdita totale dell'indennizzo. Analogamente qualora la professione dell'Assicurato vari, l'assicurato è tenuto a darne comunicazione alla società per la definizione del nuovo premio assicurativo. In caso contrario, qualora il rischio sia aggravato, in caso di infortunio indennizzabile, lo stesso verrà ridotto così come previsto dall'Art. 22 - Aggravamento del rischio - delle Condizioni di assicurazione.

6. Premi

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

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

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

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

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente Assicurato non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Il premio alla firma indicato in polizza deve essere corrisposto con pagamento presso l'agenzia, a mezzo contanti in caso di premio annuo non superiore ad euro 750,00, o con assegno non trasferibile bancario, postale o circolare intestato a DARAG Italia S.p.A. o all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A. o ancora con versamento su C/C bancario intestato all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A.

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

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

8. Diritto di recesso

Avvertenza. Sia il Contraente che la Società possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro causato da infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo come previsto dall'Art. 17 - Recesso in caso di sinistro - delle Condizioni di assicurazione.

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

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo n. 175/95, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella Italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di Norme Imperative Nazionali. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

La denuncia deve essere fatta entro tre giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto la possibilità corredata da certificato medico come indicato all'Art. 15 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato - delle Condizioni di assicurazione.

Gli Art. 8 - Criteri di indennizzabilità - e 18 -Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale - delle Condizioni di assicurazione dettagliano le procedure liquidative del danno.

13. Reclami

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

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

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

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie quali:

- **Mediazione**

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

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

- **Negoziazione Assistita**

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

- **Conciliazione Paritetica**

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

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

- **Arbitrato e Perizia Contrattuale**

Ove previsti secondo quanto riportato nelle Condizioni generali di assicurazione.

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

14. Arbitrato

Eventuali controversie di natura medica tra le parti possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo così come previsto dall'Art. 18 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale - delle Condizioni di assicurazione.

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

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

Glossario

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

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario

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

Contraente

La persona che stipula il contratto e paga il premio.

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.

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.

Periodo di assicurazione

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

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

Società

DARAG Italia S.p.A.

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

Il rappresentante legale

Il Direttore Generale

Dott. Emanuele Ruzzier



Condizioni di assicurazione

Edizione 03/2017

Oggetto e delimitazione del rischio

Art. 1 - Rischio assicurato

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
 - di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da indigestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore.

Art. 2 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

Art. 3 - Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

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

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

Art. 4 - Rischio volo

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

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

- da aerobus.

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

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

Art. 5 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente - di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 4 - Rischio volo;
- e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- f) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) gli infarti, in ogni caso, e le ernie.
- o) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

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

Art. 6 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

Art. 7 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco - depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 20 - Dichiarazioni relative alla circostanze del rischio delle Condizioni di assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prestazioni

Art. 8 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 10 - Invalidità Permanente delle Condizioni di assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 9 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 10 - Invalidità Permanente

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'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 indicate nella Tabella invalidità permanenti allegata.
- C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla Lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà

alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- D) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 11 - Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente

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

- a) sulla parte di somma assicurata fino a euro 110.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale, se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 110.000,00 e fino a euro 220.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% 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 euro 220.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale non si applicano le modalità suddette.

Art. 12 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la società corrisponde la 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'indennità per inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 13 - Rimborso spese mediche

La Società rimborsa all'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza sino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo per periodo assicurativo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;

- diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata);
- rette di degenza in istituto di cura pubblico o privato;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'istituto di cura con autoambulanza ferma l'esclusione dei "tickets" per prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

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

Art. 14 - Diaria da ricovero

La società, in caso di ricovero in istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'assicurato la diaria stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per periodo assicurativo.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su prestazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero. L'indennizzo per la diaria da ricovero non è cumulabile con quello per l'inabilità temporanea.

Sinistri: diritti e doveri delle Parti

Art. 15 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

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

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.

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

Art. 16 - 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.

Art. 17 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

Art. 18 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli Articoli che precedono. Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 9 - Criteri di indennizzabilità delle Condizioni di assicurazione possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio medico. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove nei riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 19 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di euro 800.000,00. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Altri diritti e doveri delle Parti

Art. 20 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 21 - Pagamento del premio

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

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore delle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

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

Art. 22 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 23 - Diminuzione del rischio

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

Art. 24 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 25 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Disposizioni varie

Art. 26 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 27 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 28 - Rinvio alle norme di legge

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

Condizioni particolari (operanti solo se espressamente richiamate in polizza)

A - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.

Trascorso tale termine e fintanto che l'Assicurato non abbia ripreso l'attività, la garanzia si intende prestata per somme

pari al 75% di quelle indicate in polizza. In ogni caso, entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore alla predetta cessazione o sospensione, l'Assicurato ha facoltà di chiedere la sospensione dell'assicurazione per un periodo massimo di 12 mesi.

B - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza, nonché per gli infortuni che avvengano durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

C - Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità prevista dall'Art. 10 si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 24 luglio 2000.

D - Mancinismo

Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 10 per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

E - Responsabilità civile del Contraente

Qualora in conseguenza di un infortunio compreso nella garanzia assicurativa il Contraente, come civilmente responsabile secondo le leggi vigenti, debba all'Assicurato o ai suoi aventi diritto un risarcimento per danni corporali superiore all'indennità fondamentale prevista dalla polizza per infortunio, la Società si assumerà - in sostituzione di detta indennità - il risarcimento per responsabilità civile sino a concorrenza del doppio dell'ammontare dell'indennità medesima.

La presente garanzia non è prestata:

- per la responsabilità civile derivante da impegni particolari assunti oltre la responsabilità civile legale;
- quando l'Assicurato sia lo stesso Contraente o, nel caso di società, un suo amministratore o un suo socio a responsabilità illimitata;
- quando l'Assicurato sia un prossimo congiunto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), delle persone indicate nel punto b).

Il Contraente deve informare prontamente la Società delle pretese per responsabilità civile avanzate da un Assicurato o dai suoi aventi diritto in relazione a un infortunio contemplato dall'assicurazione, e trasmettere, al più tardi entro tre giorni dal ricevimento, tutti gli atti e documenti, domande e richieste, giudiziali e stragiudiziali, relativi all'infortunio stesso, come pure fornire tutti i chiarimenti utili a facilitare ogni ricerca.

La Società, a cui sono conferiti dal Contraente i più ampi poteri per la trattazione e liquidazione diretta del sinistro, assume e dirige la causa a nome del Contraente, nel caso di azione civile, per mezzo dei legali da essa scelti.

Nel caso di un procedimento penale, la Società si riserva la facoltà di assumere e dirigere la difesa dell'imputato.

Salvo che sia formalmente autorizzato dalla Società, il Contraente deve astenersi da qualsiasi riconoscimento anche parziale della propria responsabilità civile o dell'ammontare dei danni, come pure da qualsiasi transazione. Alla presente garanzia non è applicabile la rinuncia al diritto di rivalsa previsto nelle condizioni generali di assicurazione.

F - Estensione dell'assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle condizioni generali di assicurazione. Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:
- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per gli Assicurati, somme e prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa assicurate.

G - Morte presunta

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

H - Deroga al patto di tacita proroga

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Tabella invalidità permanenti		
Invalidità permanenti	Destro	Sinistro
Perdita, anatomica o funzionale di:		
- 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:		
- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapolo 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 prono-supinazione 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	25%	
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
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%	
- 12ª 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%	
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 crisi ematica	8%	

DARAG Italia S.p.A.

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

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