

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SICUREZZA IN CIRCOLAZIONE

Mod. SC02/05



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

PARTE COMUNE

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE

Assicurato	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
Day hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

2. NORME GENERALI

Art. 2.1 - Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Art. 2.3 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Se il Contraente omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Tuttavia, il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso nei seguenti casi:

- quando l'ammontare complessivo delle somme assicurate per le garanzie "morte" e/o "invalidità permanente" non sia superiore a euro 150.000,00;
- quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

In entrambi i casi deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

Art. 2.4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

In tutti i casi, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 2.5 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente - Forma delle comunicazioni" e 2.8 "Persone non assicurabili", nonché per esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 2.6 - Proroga dell'assicurazione - Periodo di assicurazione - Mezzi di pagamento del premio

Il contratto è di durata annuale ed è stipulato senza tacito rinnovo; le garanzie, tuttavia, rimarranno operanti fino alla data di effetto della stipulazione di un nuovo contratto e comunque non oltre il quindicesimo giorno successivo alla scadenza.

Fermo quanto sopra riportato, la Società può formulare al Contraente una proposta di rinnovo del contratto per l'annualità successiva, ferme restando tutte le condizioni normative e di premio e le garanzie di polizza. La volontà del Contraente di accettare la proposta di rinnovo del contratto di cui sopra si intenderà espressa mediante il versamento del premio entro il 15° giorno successivo alla scadenza del contratto, dietro rilascio di quietanza.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**), o postale (**), intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.

In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.

In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

() si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

*(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Art. 2.7 - Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.8 - Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 2.9 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Art. 2.10 - Adeguamento delle somme assicurate e del premio

Ad ogni scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in misura costante pari al 3% degli importi inizialmente stabiliti.

A tale adeguamento non sono soggetti:

- nell'ambito della SEZIONE INFORTUNI i valori indicati nell'art. 3.3 "Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo" e, se assicurata, anche quelli indicati nella prestazione "Inabilità Temporanea - B) la determinazione dell'indennizzo";
- somme assicurate, valori e premio della sezione TUTELA GIUDIZIARIA.

Art. 2.11 - Rinvio delle norme di legge

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

Art. 2.12 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto. Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

SEZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

CIRCOLAZIONE STRADALE (ASSICURAZIONE DEI VEICOLI)

Art. 1.1 - Ambito di operatività

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso e la guida dei veicoli indicati in polizza e le operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia nonché per gli infortuni avvenuti durante la salita o la discesa dai veicoli stessi.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Precisazioni sull' "ambito di operatività"

Nell'ambito di operatività indicato in polizza, sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluso quanto previsto dal successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. a)*;
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, *escluse in ogni caso le malattie*, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria*;
- g) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave – gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

tumulti popolari - le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);

eventi speciali - a parziale deroga del successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. l), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni a condizione che l'Assicurato sia rimasto vittima di tali eventi al di fuori del comune di residenza.

stato di guerra e di insurrezione - a parziale deroga del successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. f), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.

Art. 2.2 - Determinazione delle somme assicurate

Le somme assicurate per ciascuna persona si determinano, in relazione alla forma scelta in polizza, suddividendo le somme indicate:

- per il numero dei posti del veicolo, compreso il guidatore, quale risulta dalla carta di circolazione, se indicato in polizza il codice 011, **Forma Completa**;
- per il numero dei posti del veicolo, escluso il guidatore, quale risulta dalla carta di circolazione, se indicato in polizza il codice 014, **Forma Trasportati**.

Per tali forme il numero degli Assicurati dovrà essere dichiarato in polizza alla voce "N° persone", fermo il diritto della Società ad effettuare le necessarie verifiche in caso di sinistro.

Se indicato in polizza il codice 013, **Forma Guidatore**, l'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti del guidatore del veicolo assicurato per le somme indicate in polizza.

Art. 2.3 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si fa riferimento a quanto previsto dal "Codice della Strada" vigente al momento del sinistro.
- b) gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, (compiuti i 18 anni), non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 6 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;
- c) gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.);
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- f) gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività - stato di guerra e di insurrezione";
- g) gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;
- i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- j) gli infortuni derivanti dalla partecipazione da corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- k) l'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- l) gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività - eventi speciali".

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 - Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

In caso di invalidità permanente a seguito di infortunio, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo, calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo

vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere il massimo valore del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2 - Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle seguenti percentuali:

	DX	SX
Perdita totale, 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%
• la falange unguale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma 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 totale, 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 della gamba	50%	

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la 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 sottoastragalica	15%

Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
---	-----

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%

Sordità completa:

• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

• monolaterale	4%
• bilaterale	10%

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%

Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
--	----

Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
---	----

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
---	----

Perdita anatomica:

• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 3.3 - Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità

permanente totale indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui ai precedenti artt. 3.1 e 3.2, con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- *fino a euro 250.000,00, si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 3 punti;*
- *sulla parte eccedente euro 250.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 10 punti.*

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 250.000,00.

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 3.4 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Indennità aggiuntiva per commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento consegua la morte di entrambi i genitori assicurati per la presente garanzia Morte, la Società corrisponde ai loro figli minorenni conviventi ed a quelli, anche maggiorenni, portatori di handicap, l'indennizzo spettante a ciascuno di essi per la morte dei genitori, **in misura aumentata del 50%**.

Nel caso risulti assicurato per la presente garanzia Morte un solo genitore, l'indennizzo spettante viene corrisposto **in misura aumentata del 25%**.

Conversione in rendita

Al momento della liquidazione del capitale spettante per la prestazione Morte, la Società riconosce ai beneficiari una **maggiorazione del 20%** dell'indennizzo loro spettante, a condizione che il capitale sia investito quale premio per la stipula di un contratto di assicurazione in forma di rendita vitalizia immediata con la Società stessa alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Art. 3.5 - Inabilità temporanea

A) le modalità di accertamento

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, abbia per conseguenza una inabilità temporanea, intendendosi per tale la perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate alla denuncia del sinistro, la Società, fermo quanto stabilito successivamente alla lett. B), liquida l'indennità giornaliera assicurata in polizza, *per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'infortunio*, con le seguenti modalità:

- *integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate;*

- al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle suddette occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per il periodo della necessaria cura medica e decorre (fermo quanto disposto dalla successiva lett. B), dal giorno dell'infortunio. I certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

A deroga dell'art. 1.1 "Ambito di operatività" del Capitolo 1 "Oggetto dell'assicurazione" della SEZIONE INFORTUNI, per gli infortuni subiti fuori dall'Europa e dagli Stati africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, la garanzia è operante limitatamente al periodo di ricovero, adeguatamente certificato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno di rientro in Italia.

B) la determinazione dell'indennizzo

La somma assicurata per inabilità temporanea è corrisposta con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- fino a euro 50,00 viene corrisposta a partire dall'8° giorno successivo a quello computabile a termini della precedente lett. A) (franchigia assoluta di gg. 7);
- oltre euro 50,00 viene corrisposta a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini della precedente lett. A) (franchigia assoluta di gg. 15).

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per Inabilità Temporanea senza l'applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino a euro 50,00.

Art. 3.6 - Indennità giornaliera da ricovero e da convalescenza

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura, la Società liquida l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 giorni - anche non consecutivi - da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero in istituto di cura.

In caso di ricovero superiore a 7 giorni, a seguito del quale all'Assicurato venga prescritta dai medici che lo hanno in cura una certificazione medica per un periodo di convalescenza domiciliare, la Società liquida anche in relazione a detto periodo l'indennità giornaliera assicurata in polizza, per una durata massima pari ai giorni di degenza, con il limite di 30 giorni.

Art. 3.7 - Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie" le seguenti spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio:

a) durante il ricovero per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di **ricovero in ospedale pubblico** che comporti almeno due pernottamenti, per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di euro 30,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo.

Tale indennità sostitutiva è cumulabile con l' "Indennità giornaliera da ricovero".

b) dopo il ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie*;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, *fino ad un limite del 30% della somma assicurata col massimo di euro 3.500,00*.

c) in assenza di ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie*;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, *fino ad un limite del 20% della somma assicurata col massimo di euro 2.500,00*

In assenza di ricovero la garanzia è operante con applicazione di una franchigia di euro 100,00.

Inoltre, sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- d) primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio (*per il periodo massimo di 1 anno*) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, *ferma l'esclusione delle protesi dentarie*) effettuate entro 2 anni dall'infortunio, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

Per tutti i casi sopraindicati il rimborso viene effettuato previa presentazione di regolare documentazione giustificativa di spesa in originale e a cure ultimate.

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, la Società liquida una delle seguenti indennità calcolate sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Il giorno di dimissione non viene considerato.

L'importo liquidato non potrà superare la somma di euro 10.000,00.

La garanzia non vale comunque in caso di ricoveri in regime di day hospital.

Art. 3.8 - Riservato ai contraenti di polizze incendio Generali

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un'indennità aggiuntiva pari all'ammontare complessivo delle rate dell'eventuale mutuo o finanziamento dallo stesso sottoscritto per l'acquisto dell'abitazione di residenza, in scadenza nei 60 (sessanta) mesi successivi alla data dell'infortunio.

L'indennità aggiuntiva opera:

- *a condizione che l'abitazione o il relativo contenuto risultino assicurati contro il rischio "incendio" con una polizza stipulata dall'Assicurato stesso con la Società anteriormente alla data dell'infortunio;*
- *con il massimo di euro 50.000,00 per infortunio.*

Verificatosi l'evento, l'assicurazione infortuni cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 3.9 - Indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento"

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate, la Società, oltre a liquidare

quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato una indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente e dei piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulati dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società.

Tale indennità verrà utilizzata per stipulare con la Società un contratto di assicurazione sulla vita a premio unico scelto dall'Assicurato tra quelli disponibili al momento della sottoscrizione della polizza vita stessa.

L'ammontare complessivo dell'indennità sarà pari alla somma delle seguenti voci:

- dell'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- dell'ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data dell'infortunio stesso moltiplicato per 5 (cinque).

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di euro 80.000,00.

Verificatosi l'evento, l'assicurazione infortuni cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 3.10 - "Bonus fedeltà" in assenza di sinistri

Alla fine della quinta e dell'ottava annualità assicurativa, la somma assicurata per invalidità permanente da infortunio a favore di ciascun assicurato verrà aumentata, senza sovrappremio, di un importo pari al 5% del capitale inizialmente assicurato per tale garanzia al momento della sottoscrizione del contratto a condizione che a tali scadenze non risulti denunciato in polizza alcun sinistro.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1 - Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni negli elementi di rischio quali: destinazione, targa di circolazione, potenzialità, peso complessivo a pieno carico o cilindrata, il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società, indicando gli estremi della variazione stessa.

Se questa implica aggravamento comportante un premio maggiore, la Società ha il diritto di chiedere la modifica delle condizioni in corso ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

In caso di alienazione del veicolo, seguita da sostituzione, l'assicurazione continua ad operare per il nuovo veicolo se quest'ultimo ha caratteristiche tecniche e destinazione d'uso di quello sostituito. *L'assicurazione decorre dalle ore 24 della data di comunicazione alla Società, salvo quanto disposto nel comma precedente per aggravamento di rischio.*

In caso di alienazione, non seguita da sostituzione, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto stipulato per un solo veicolo, la cui validità se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso tale termine, se l'acquirente non ha chiesto la voltura a suo nome, l'assicurazione cessa.

Nei casi previsti dai commi precedenti, la Società entro trenta giorni dalla ricevuta comunicazione, ha facoltà, con preavviso di quindici giorni, di recedere dal contratto.

Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione del Contraente alla Società.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli

accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

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. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.3 - Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alle garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse, nei seguenti casi:

- per invalidità permanente, qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00;
- per il rimborso delle spese sanitarie qualora l'Assicurato e abbia sostenuto delle spese per un importo non inferiore a euro 2.000,00, *previa presentazione dei documenti giustificativi*. L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia "Rimborso spese sanitarie", salvo congruaggio a cura ultimata;
- per ricovero, *su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino il ricovero stesso*, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.

Art. 5.4 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità

permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5 - Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

CODICI VEICOLI

L'assicurazione è prestata in base alla esplicita dichiarazione del Contraente che i veicoli a motore indicati in polizza corrispondono ad uno dei seguenti codici:

Codice	Descrizione Attività Professionale
05	Veicoli a motore adibiti a trasporto di cose con massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t
10	Trattori industriali e agricoli
15	Autobus in servizio da turismo e noleggio
20	Autopubbliche
25	Motocicli
30	Veicoli a motore adibiti a trasporto di cose con massa complessiva a pieno carico non superiore a 3,5 t
35	Autobus in servizio di linea urbana ed extraurbana
40	Autovetture in servizio privato
45	Autovetture per il trasporto di persone e cose
50	Autovetture da noleggio e in locazione
55	Ciclomotori
70	Autoveicoli per trasporto promiscuo di massa complessiva a pieno carico fino a 3,5 t. capaci di contenere al massimo 9 posti (compreso quello del conducente)
99	Veicoli che non rientrano tra quelli precedentemente elencati, assicurabili solo su autorizzazione direzionale

SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.

con sede in Verona – Via Enrico Fermi 9/B – Numero verde 800475633 – Fax (045) 8351023, sinistri@das.it in seguito per brevità denominata DAS.

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LA SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

Delitto	La violazione di una norma penale (reato) sanzionata con la reclusione e/o la multa.
Doloso (o secondo l'intenzione)	Il fatto illecito compiuto con la consapevolezza e la volontà di farne derivare un evento contrario alla legge.
Fatto illecito	L'inosservanza di un precetto dell'ordinamento giuridico.
Illecito extracontrattuale	Si ha quando il danno che ne è conseguente non ha alcuna connessione con i rapporti contrattuali eventualmente intercorrenti tra danneggiato e danneggiante.
Inadempimento contrattuale	Il mancato o cattivo adempimento agli obblighi derivanti da un contratto.
Preterintenzionale (o oltre l'intenzione)	Il fatto illecito che determina un evento dannoso più grave di quello voluto da chi lo ha commesso.
Procedimento penale	Il complesso delle attività svolte dagli organi statali di giustizia (quali ad esempio il Pubblico Ministero e il Giudice) al fine di accertare gli estremi di un reato, la responsabilità del relativo autore nonché per pronunciare eventuale sentenza di condanna.
Sinistro	Quel fatto che, nella denuncia penale ovvero nella domanda civilistica, si asserisce essere illecito.
Transazione	L'accordo col quale le Parti, tramite reciproche concessioni, pongono fine ad una lite insorta tra loro.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Validità territoriale – Limiti territoriali

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA vale per sinistri che avvengono nel territorio dell'Europa.

Art. 2.2 - Decorrenza della garanzia

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA opera per le vertenze determinate da sinistri insorti nel periodo di validità della garanzia e precisamente dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione per i presunti illeciti extracontrattuali.

La garanzia è operante anche per sinistri insorti nel periodo di validità della garanzia ma manifestatisi e denunciati entro i 6 mesi successivi.

Ai fini di quanto sopra stabilito, i fatti che hanno dato origine alla vertenza si considerano avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto si protragga attraverso più atti successivi, lo stesso si considererà avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo comportamento dal quale ha tratto origine la vertenza.

Art. 2.3 - Esclusioni

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA non è operante per le vertenze aventi ad oggetto:

- a) diritto di famiglia e successioni;*
- b) materia contrattuale;*
- c) violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso o delitto preterintenzionale dell'Assicurato;*
- d) violazioni civili o penali derivanti da tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, atti di vandalismo, risse alle quali l'Assicurato abbia preso parte;*
- e) violazioni civili o penali derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive, da contaminazione, da inquinamento di acque, terreni e colture;*
- f) vertenze tra gli Assicurati e tra Assicurato e Contraente;*
- g) vertenze dell'Assicurato nei confronti del datore di lavoro;*
- h) vertenze avverso la Società;*

inoltre se la vertenza è relativa ad un evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, la garanzia non è operante

- i) se l'Assicurato stesso non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni salvo il caso di patente scaduta a condizione che il rinnovo del documento avvenga entro 6 mesi;*
- j) se al momento del sinistro il veicolo non risulta coperto dalla prevista assicurazione obbligatoria R.C. Auto ai sensi del decreto legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni;*
- k) se l'Assicurato è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186 e 187 del Codice della Strada nonché se sia imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 del Codice della Strada).*

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 - Spese legali e peritali

La Società assume a proprio carico, in luogo dell'Assicurato ed alle condizioni della presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA, l'onere delle spese per assistenza giudiziale e stragiudiziale conseguenti alle vertenze di cui al seguente art. 3.2.

Tali spese sono:

- le spese per l'intervento di un legale;
- le spese peritali (intervento del perito di ufficio, intervento di un consulente tecnico di parte);
- le spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza;
- le spese legali, procedurali e peritali della controparte poste a carico dell'Assicurato a seguito di transazione autorizzata dalla Società;
- le spese investigative svolte da un incaricato dell'Assicurato riguardo ad accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;

A parziale deroga dell'art. 5.2 la garanzia assicurativa comprende anche le spese per un secondo legale domiciliatario, unicamente in fase giudiziale, *fino ad un importo massimo di euro 2.500,00*. Tali spese vengono riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento

giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato. Nel caso invece il sinistro si sia verificato e, in caso di giudizio, sia processualmente trattato in uno degli Stati stranieri rientranti in garanzia l'Assicurato potrà avvalersi dell'ausilio di due legali, di cui uno patrocinante in Italia ed uno dinanzi all'Autorità giudiziaria estera competente.

Rimangono, in ogni caso, esclusi dalla garanzia gli oneri relativi ad ogni genere di sanzione nonché, a meno che non facciano parte delle spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza, gli oneri fiscali (quali, a titolo esemplificativo, bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e di atti in genere) nonché le spese sostenute senza la preventiva autorizzazione della Società.

Art. 3.2 - Vertenze assicurate

La garanzia vale per le seguenti vertenze relative a casi in cui l'Assicurato sia rimasto vittima di infortunio indennizzabile a termini della SEZIONE INFORTUNI.

Le vertenze assicurate sono quelle per controversie relative alla tutela dei diritti dell'Assicurato, nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio in base a quanto sopra stabilito, per il risarcimento dei danni che l'Assicurato stesso sostenga aver subito in conseguenza di fatti illeciti extracontrattuali.

Art. 3.3 - Anticipi a Legali e Periti

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 5.3, relativamente ai soli procedimenti penali e nei soli casi in cui sia definitivamente accertata l'operatività della garanzia, la Società si impegna a corrispondere anticipi a legali e periti incaricati a norma del presente contratto fino ad un importo massimo di euro 1.500,00 per ciascun sinistro.

Fermo il resto.

Art. 3.4 - Somma assicurata

La Società assume a proprio carico l'onere delle spese di cui al precedente art. 3.1 fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00 che deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e persona assicurata.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1 - Assicurazione presso diversi assicuratori

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.3 "Assicurazione presso diversi assicuratori" della PARTE COMUNE, il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi a quelli prestati con la presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA, presso altri assicuratori o la Società stessa.

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

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 - Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS mediante una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al nr. verde 800475633: DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà

essere inviata a DAS:

- per posta elettronica a: sinistri@das.it, oppure
- per posta ordinaria a: DAS S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. *In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.*

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha la sede legale o la residenza l'Assicurato - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 5.2 - Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro di cui all'art. 5.1 "Denuncia del sinistro e scelta del legale", DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs. 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, *se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo* e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. 5.1 "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- *l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- *gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;*
- *gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*

- *l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.*

Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, l'Assicurato è tenuto indenne limitatamente ai primi due tentativi.

DAS non è responsabile dell'operato di legali e consulenti tecnici.

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

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

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

Art. 5.3 Liquidazione del danno

DAS provvederà - per conto della Società - a liquidare, *nei limiti dell'operatività della garanzia assicurativa prestata e fino a concorrenza dei relativi massimali indicati nel contratto*, tutte le somme a carico dell'Assicurato dovute ai legali ed ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati per l'attività professionale svolta in favore dell'Assicurato, sia in fase stragiudiziale sia in fase giudiziale.

La liquidazione del sinistro avverrà esclusivamente a definizione della vertenza. La Società e/o DAS non sono tenute a corrispondere anticipi all'Assicurato o a pagare acconti ai legali ed ai periti incaricati.

In caso di condanna, soccombenza o di transazione che comporti oneri, tutte le spese legali e peritali, comprese quelle liquidate in favore dell'altra parte, saranno a carico della Società, *dopo esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro assicuratore.*

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, fino a concorrenza dell'indennizzo assicurativo pagato.

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - www.generali.it; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.