



Infortuni del Correntista

Contratto di Assicurazione Infotuni
connesso ai rapporti di conto corrente
sottoscritti con le Banche appartenenti al
Gruppo Sella

■ Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, devono essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto ■

■ Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo e le Condizioni di Assicurazione con relativo Glossario ■

GLOSSARIO - DEFINIZIONI

Aderente

Il titolare del rapporto di Conto Corrente intrattenuto presso la "Banca", il quale aderisca alla polizza convenzione stipulata tra la "Banca" e la "Società" e che sostenga l'onere economico del premio.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti. Nella fattispecie, l'intestatario di uno dei rapporti di cui alle Condizioni di Assicurazione - Art. 2.1 "Oggetto dell'assicurazione".

Assicurazione

Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Banca

La Banca appartenente al Gruppo Banca Sella contraente della polizza convenzione, presso una cui Filiale o Agenzia l'Aderente intrattiene un rapporto.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o gli eventuali altri soggetti, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti. Nella fattispecie, una Banca appartenente al Gruppo Banca Sella.

Franchigia

La misura, espressa in percentuale, di invalidità permanente non indennizzabile.

Indennizzo o indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza un'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Invalità permanente

La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Modulo di Adesione

Il documento che prova l'adesione alla polizza convenzione

Parti

Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Rischio

La possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

HDI Assicurazioni S.p.A.



Condizioni di Assicurazione

SEZIONE 1	2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	2
1.1 – Esonero dalla denuncia di infermità	2
1.2 – Altre assicurazioni	2
1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	2
1.4 – Modifiche dell'assicurazione	2
Art. 1.5 – Recesso in caso di sinistro	2
1.6 – Obblighi in caso di sinistro (vedere anche Art. 3.1 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi)	2
1.7 – Durata della polizza – Proroga tacita	3
1.8 – Oneri fiscali	3
1.9 – Rinvio alle norme di legge	3
1.10 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)	3
SEZIONE 2	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	4
2.1 – Oggetto dell'assicurazione	4
2.2 – Estensioni	4
2.3 – Esclusioni	4
2.4 – Persone non assicurabili	5
2.5 – Morte e morte presunta	5
2.6 – Invalidità permanente	5
2.7 – Capitali assicurati	6
2.8 – Limiti di indennizzo	6
2.9 – Cointestazione o coesistenza di rapporti	6
2.10 – Limiti territoriali	7
2.11 – Rischio volo	7
2.12 – Rischio di guerra all'estero	7
2.13 – Determinazione del premio	7
2.14 – Regolazione del premio	7
2.15 – Rinuncia al diritto di surrogazione	7
2.16 – Assicurazione per conto altrui	8
SEZIONE 3	9
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	9
3.1 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi	9
3.2 – Criteri di indennizzabilità	9
3.3 – Pagamento dell'indennizzo	9
3.4 – Controversie	9
SEZIONE 4	10
CONDIZIONI PARTICOLARI	10
(sempre valide)	10
A) Assegno exitus	10
B) Commorienza dei genitori	10
C) Capitale aggiuntivo in caso di sinistro da circolazione	10

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI
CORRENTISTI BANCHE APPARTENENTI AL GRUPPO SELLA**

SEZIONE 1

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 – Esonero dalla denuncia di infermità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali infermità di cui fossero portatori i singoli Assicurati, in quanto gli stessi sono inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute, fermo restando quanto disposto dall'Art. 2.4 – Persone non assicurabili.

È peraltro espressamente convenuto tra le Parti che la liquidazione dei sinistri avverrà in ogni caso secondo quanto disposto dall'Art. 3.2 – Criteri di indennizzabilità.

1.2 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

La presente polizza opera indipendentemente da altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino con la sottoscritta Società o con altre.

1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

I premi devono essere pagati dal Contraente alla Società.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno di entrata in vigore della presente polizza per gli Assicurati così come definiti dall'Art. 2.1- Oggetto dell'Assicurazione, salvo buon fine dell'effettivo addebito sul conto dell'Assicurato da parte del Contraente e a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati dal Contraente; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento da parte del Contraente.

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

1.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal 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.

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

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

1.6 – Obblighi in caso di sinistro (vedere anche Art. 3.1 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi)

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi eredi devono darne avviso all'intermediario a cui è assegnata la polizza oppure alla Società entro 15 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

La denuncia di sinistro deve essere effettuata alla Società con le seguenti modalità:

a mezzo telefono al numero verde	800 23 31 20
a mezzo fax al numero verde:	800 60 61 61
a mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. - Area Sinistri Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
a mezzo posta elettronica indirizzata a:	sinistri@hdia.it
a mezzo posta elettronica certificata , solo per i titolari di posta elettronica certificata (PEC), indirizzata a:	hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

1.7 – Durata della polizza – Proroga tacita

Il contratto è emesso in forma collettiva ed è stipulato con tacito rinnovo.

Ogni modulo di adesione è stipulato con tacito rinnovo e la copertura è valida per un periodo di 365 giorni dalla data di decorrenza.

In assenza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

1.8 – Oneri fiscali

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

1.9 – Rinvio alle norme di legge

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

1.10 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

La presente Assicurazione non sarà operante e l'assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun risarcimento, Indennizzo od a riconoscere alcun beneficio o servizio previsto nella presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale risarcimento, Indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio o servizio esponga l'assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da:

- a) risoluzioni delle Nazioni Unite;
- b) provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, del Regno Unito o degli U.S.A.;
- c) qualsiasi altra norma o provvedimento nazionale o internazionale in materia di embargo internazionale e sanzioni economiche e commerciali.

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di qualsiasi attività, professionale o extraprofessionale, salvo quelle espressamente escluse all'Art. 2.3 – Esclusioni.

Per Assicurati si intendono i Clienti del Contraente che siano:

- a) persone fisiche intestatarie o cointestatarie dei conti correnti attivi e/o passivi;
- b) persone fisiche le quali siano:
 - titolari di ditte individuali;
 - soci di società in nome collettivo;
 - soci accomandatari di società in accomandita semplice;
 - soci di società semplici;

a nome delle quali società siano intestati i rapporti indicati al precedente punto a);

a condizione che i suddetti Clienti abbiano aderito alla polizza.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri e degli altri documenti del Contraente, oltre che alle elaborazioni del centro elettro-contabile del Contraente stesso. In caso di sinistro, pertanto, il Contraente rilascerà una certificazione attestante gli elementi necessari per la liquidazione.

2.2 – Estensioni

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole, di calore o di freddo e le folgorazioni;
- f) le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie addominali non traumatiche e delle rotture sottocutanee dei tendini**;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- j) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, aracnidi e di vegetali, **escluse la malaria e le malattie tropicali**;
- k) gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad imprese temerarie compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

2.3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) **dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
- 2) **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro.**
- 3) **dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 2.11 – Rischio volo;**
- 4) **da ogni attività sportiva svolta a titolo professionistico;**
- 5) **dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo o sci alpinismo (oltre il 3° grado della "scala di Monaco") senza accompagnamento di guida o portatore patentati, sci acrobatico, bob, skeleton, immersioni con autorespiratore, sport estremi, paracadutismo o sport aerei in genere;**
- 6) **da stato di ebbrezza solo se alla guida di mezzi di locomozione; dall'uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;**
- 7) **da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;**
- 8) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**

- 9) *da guerra (salvo quanto disposto dall'Art. 2.12 – Rischio di guerra all'estero), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;*
- 10) *da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, verificatisi in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano;*
- 11) *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.);*
- 12) *da attività svolte durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, o durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana;*
- 13) *dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici.*

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

2.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società considera non assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, sieropositività HIV, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, la Società stessa presta l'assicurazione nel presupposto che gli Assicurati non sono affetti da tali affezioni o malattie.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale la Società non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del Codice Civile.

2.5 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali, 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 non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del Codice Civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione). Resta inteso che, se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

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

2.6 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

L'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- **per invalidità permanente di grado inferiore al 60% della totale (ovvero al 25% in caso di Assicurati minori di anni 10), non sarà corrisposto alcun indennizzo;**
- per invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale (ovvero al 25% in caso di Assicurati minori di anni 10), l'indennizzo sarà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia, e nella misura del 100% della somma assicurata.

Il grado di invalidità va accertato facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa

prevista dalla legge stessa.

In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Se l'Assicurato muore, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore per cause diverse dall'infortunio denunciato, prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

2.7 – Capitali assicurati

Il capitale assicurato per il caso di Morte o di Invalidità permanente, relativamente ai conti correnti attivi e/o passivi, è pari al montante del saldo di chiusura (creditore o debitore) del conto corrente del giorno precedente a quello dell'infortunio, modificato dalla registrazione delle eventuali operazioni già effettuate presso lo stesso Contraente o presso altri Istituti di credito entro tale data a favore o per conto del Cliente ma non ancora registrate, come dalle risultanze contabili del Contraente.

Per i rapporti con saldo debitore al momento del sinistro, al capitale come sopra determinato sarà aggiunto un indennizzo forfetario di € 750,00.

Per i rapporti in valuta estera resta convenuto fra le Parti che, sia per la regolazione del premio sia per la liquidazione di un eventuale sinistro, il Contraente comunicherà alla Società il controvalore in Euro al cambio ufficiale rispettivamente alla fine di ciascuna annualità assicurativa e nelle 24 ore precedenti l'evento.

2.8 – Limiti di indennizzo

Il capitale assicurato per ciascun rapporto non potrà eccedere l'importo di € 35.000,00 per ciascun caso di Morte o Invalidità Permanente.

Qualora risultino in essere più rapporti intestati alla medesima persona fisica/giuridica, il capitale massimo assicurato non potrà eccedere l'importo di € 70.000,00 per ciascun caso di Morte o Invalidità Permanente.

Per i rapporti con saldo creditore pari o inferiore a € 3.500,00 al momento del sinistro, il capitale minimo garantito si intende comunque stabilito in € 3.500,00.

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà comunque superare complessivamente la somma di € 5.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

2.9 – Cointestazione o coesistenza di rapporti

In caso di rapporti cointestati a più persone fisiche o intestati a società elencate alla lettera b) dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, il capitale assicurato, determinato con la procedura dell'Art. 2.7 – Capitali assicurati, non subirà variazioni se il saldo è debitore; sarà ridotto pro quota in relazione al numero dei cointestatari o al numero degli Assicurati indicati alle lettere a) e b) dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione se il saldo è creditore.

Nel caso coesistano più rapporti, debitori e/o creditori, in capo al medesimo Assicurato, quest'ultimo beneficerà della copertura assicurativa in modo autonomo e distinto per ciascun rapporto, fermi i limiti di cui agli Artt. 2.7 – Capitali assicurati e 2.8 – Limiti di indennizzo.

2.10 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

2.11 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, e a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, punto 3), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;**
- **su aeromobili di aeroclub;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).**

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.

2.12 – Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.3 – Esclusioni, punto 9), vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (**esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino**) in un paese sino ad allora in pace, **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.**

2.13 – Determinazione del premio

Il premio viene fissato in € 9,50 (comprese le imposte all'attuale aliquota governativa del 2,5%) per ogni rapporto di cui alla lettera a) dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione.

Il Contraente si farà carico di corrispondere il premio di cui sopra addebitandolo sul conto corrente del Cliente Assicurato.

Il premio così determinato è soggetto a regolazione nei termini indicati all'Art. 2.14 – Regolazione del premio.

2.14 – Regolazione del premio

Il Contraente corrisponde mensilmente alla Società l'ammontare dei premi riferiti ai singoli Assicurati, come previsto al precedente Art. 2.13 – Determinazione del premio, in base alle seguenti modalità:

- Il Contraente si impegna a fornire alla Società l'elenco analitico mensile delle adesioni perfezionate nell'ambito del mese di riferimento (n) entro la fine del mese successivo (n+1);
- la Società elabora il conteggio dei premi dovuti e lo comunica mediante apposita appendice al Contraente entro i successivi quindici giorni;
- il Contraente versa il premio risultante dalla suddetta appendice entro la fine del secondo mese successivo a quello di riferimento (n+2).

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società stessa di eseguire gli accertamenti.

Per la validità della copertura assicurativa il Contraente si impegna ad effettuare una speciale codificazione dei rapporti bancari a cui si riferisce l'assicurazione, di cui verrà data comunicazione alla Società, in maniera che il centro elettro-contabile del Contraente possa in ogni momento individuarli.

2.15 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

2.16 – Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Il Contraente è esonerato da ogni responsabilità in ordine all'esecuzione del presente contratto per i rapporti sorgenti tra gli Assicurati e la Società.

SEZIONE 3

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

3.1 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.6 – Obblighi in caso di sinistro, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Successivamente devono essere inviati il certificato di guarigione clinica (o equivalente dichiarazione dell'Assicurato) e la relazione medica attestante la misura dei postumi di invalidità permanente .

L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente viene effettuato in Italia.

Le spese relative ai certificati e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

3.2 – Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.6 – Invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

3.3 – Pagamento dell'indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione necessaria e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al relativo pagamento in Euro con le seguenti modalità:

- in presenza di rapporti creditorî, l'indennizzo sarà pagato:
 - in caso di Morte, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
 - in caso di Invalidità permanente, all'Assicurato.
- in presenza di rapporti debitori, l'indennizzo sarà pagato al Contraente, che provvederà ad imputare l'importo liquidato ad estinzione parziale o totale del debito.

3.4 – Controversie

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei Criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 3.2;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a 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.

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 dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Il ricorso all'arbitrato irrituale è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

SEZIONE 4**CONDIZIONI PARTICOLARI
(sempre valide)****A) Assegno exitus**

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di infortunio, la Società rimborsa agli aventi causa le spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite di € 1.500,00.

B) Commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno intestatario di uno dei rapporti di cui all'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, che lascino figli minori, la Società liquida a questi ultimi una indennità maggiorata del 50% della somma a loro spettante per la morte dei genitori.

C) Capitale aggiuntivo in caso di sinistro da circolazione

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, avvenga quando l'Assicurato – in qualità di conducente o di trasportato – utilizza un veicolo, al capitale determinato in base a quanto previsto dall'Art. 2.7 – Capitali assicurati sarà aggiunto un indennizzo forfetario di € 750,00.

La presente Condizione particolare si intende operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo fino al momento in cui ne discende, nonché per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre attende, in caso di arresto del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

* * *

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nelle presenti Condizioni di Assicurazione.



HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (Italia) – Telefono +39.06.4210.31 – fax +39.06.4210.3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo di posta elettronica: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.
Codice Fiscale, Partita IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172.

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'08.06.1993 (G.U. 14.06.1993) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.