

CARIGE ESCO SERENO

Contratto di Assicurazione che tutela l'Assicurato dagli infortuni

Il presente documento (Edizione 05/2023), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente / Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

AVVERTENZA: per effetto di quanto disposto dall'Art. 166, 2° comma del Codice delle Assicurazioni Private, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate su sfondo grigio.

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO:

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

BANCA DISTRIBUTTRICE:

Banca Carige – Banca del Monte di Lucca – Banca Cesare Ponti.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

la persona fisica che stipula il contratto di assicurazione.

FAMILIARI:

i componenti il nucleo familiare risultanti dallo "stato di famiglia" del Contraente al momento del sinistro.

Per familiare s'intende anche la persona convivente *more uxorio*.

FRANCHIGIA:

l'importo prestabilito (espresso in percentuale) che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce alcun indennizzo.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parti di questi.

ISTITUTO DI CURA:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o diabetici.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

RICOVERO:

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO/CASO ASSICURATIVO:

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ:

HDI ASSICURAZIONI S.P.A.

Condizioni di assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e 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 c.c.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza con addebito sul conto corrente intestato al contraente presso la Banca Distributrice.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 c.c.

Art. 6 – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti di durata annuale (con tacito rinnovo)

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

Per sinistro

a) nel caso in cui Il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

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

Art. 8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (hdi.assicurazioni@pec.hdia.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 9 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (Art. 3 D. Lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 12 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata, presta la garanzia a favore dell'Assicurato e dei suoi familiari nel caso subiscano un infortunio:

- a) durante la guida di velocipedi, ciclomotori, motocicli, autovetture ad uso privato, campers, natanti a motore adibiti alla navigazione da diporto; la garanzia vale anche mentre il guidatore attende - in caso di fermata del mezzo - alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- b) durante l'uso, come passeggero, di qualsiasi mezzo di locomozione e di trasporto sia pubblico che privato, fatta eccezione per i mezzi subacquei ed aerei salvo, per questi ultimi, quanto previsto dall'Art. 17 - Rischio volo;
- c) nella sua qualità di pedone in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere.

L'assicurazione si intende inoltre estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari mentre salgono o scendono dai mezzi di cui alle lettere a) e b).

Art. 13 – VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione relativa alla guida di mezzi di locomozione di cui alla lettera a) dell'Art. 12 - Oggetto dell'assicurazione, è valida in quanto l'Assicurato e/o i suoi familiari siano abilitati e la circolazione avvenga a norma delle disposizioni di legge.

Art. 14 – RISCHI COMPRESI

Sono compresi nell'assicurazione:

gli infortuni sofferti in conseguenza di malore od in stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcoolici o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni riportate in conseguenza dell'inspirazione di gas o vapori;
- l'annegamento a seguito di incidente occorso con il mezzo di locomozione;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione del fulmine;
- gli infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe;
- le lesioni muscolari determinate da distorsioni o da sforzi in genere;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- le lesioni causate da infezioni acute, obiettivamente accertate, che derivino direttamente da morsi di animali.

Art. 15 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e/o dei suoi familiari, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato e/o i suoi familiari non vi abbiano preso parte attiva.

Art. 16 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione dal nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni o provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni subiti in conseguenza della partecipazione in tutte le tipologie di corse o gare, ivi incluse corse auto e di rally, e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- gli infortuni sofferti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- le ernie di qualsiasi tipo e quindi anche quelle discali, da qualunque causa determinate nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

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.

Art. 17 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato e/o i suoi familiari subiscano durante i viaggi aerei - turistici o trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il limite di:

- a) per persona:
 Euro 1.032.914,00 per il caso Morte;
 Euro 1.032.914,00 per il caso Invalidità Permanente;
- b) complessivamente per aeromobile:
 Euro 5.164.569,00 per il caso Morte;
 Euro 5.164.569,00 per il caso Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altri Assicurati per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato e/o i suoi familiari salgono a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne sono discesi.

Art. 18 – RIPARTIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate relative alle garanzie Morte e Invalidità Permanente sono ripartite sulla base di quanto dichiarato sul frontespizio di polizza, escludendo le persone non assicurabili in base all'Art. 20 - Limiti di età e di indennizzo, con la seguente modalità:

- in parti uguali.

Qualora dallo stato di famiglia risultasse un unico componente, identificabile nella persona dell'Assicurato, la somma assicurata sarà interamente prevista per lo stesso. Le somme assicurate alle garanzie "indennità da ricovero a seguito di infortunio" e "rimborso spese di cura" sono relative a ciascuna persona facente parte del nucleo familiare assicurato.

Art. 19 – PREMI

Opzione 1° Base

GARANZIE	MORTE	I.P. DA INFORTUNIO	INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO D'INFORTUNIO	R.S.C. A SEGUITO DI INFORTUNIO	PREMIO LORDO DI POLIZZA
Somme Assicurate	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50,00	€ 1.000,00	€ 72,00

Opzione 2° Plus

GARANZIE	MORTE	I.P. DA INFORTUNIO	INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO D'INFORTUNIO	R.S.C. A SEGUITO DI INFORTUNIO	PREMIO LORDO DI POLIZZA
Somme Assicurate	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 55,00	€ 2.000,00	€ 120,00

Art. 20 – LIMITI DI ETÀ E DI INDENNIZZO

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 21 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 22 – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato e/o i suoi familiari ne risultino sorpresi mentre si trovano all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art. 23 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, le persone assicurate non sono fisicamente integre e sane, 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. 26 - Invalidità Permanente -, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 – MORTE

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, secondo le quote previste dalla legge.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato e/o i suoi familiari muoiono, gli eredi non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 25 – MORTE PRESUNTA

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

Art. 26 – INVALIDITÀ PERMANENTE

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

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)
	Destro
Sordità completa di un orecchio	15
Sordità completa bilaterale	60
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	11 30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5
Perdita del braccio: a) per disarticolazione scapolo-omeroale b) per amputazione al terzo superiore	85 80
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)
	Destro
Perdita di tutte le dita della mano	65
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35
Perdita totale del pollice	28
Perdita totale dell'indice	15
Perdita totale del medio	12
Perdita totale dell'anulare	8
Perdita totale del mignolo	12
Perdita della falange ungueale del pollice	15
Perdita della falange ungueale dell'indice	7
Perdita della falange ungueale del medio	5
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3
Perdita della falange ungueale del mignolo	5
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11
Perdita delle ultime due falangi del medio	8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione delle persone assicurate.

La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del **100%**. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 66% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata.

Art. 27 – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Non si farà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **3%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 28 – INDENNITÀ DA RICOVERO

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, corrisponde all'Assicurato e/o ai suoi familiari l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di **360** giorni per ogni singolo caso di ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La denuncia del ricovero corredata da certificato medico deve essere inviata alla Società entro 5 giorni dal ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società dell'originale dei documenti giustificativi, e se richiesta, di copia della cartella clinica con l'indicazione della natura e dell'esito dell'infortunio nonché del giorno di uscita dall'Istituto di cura.

Art. 29 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

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

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche e medicinali (entro il limite del **20%** della somma assicurata);
- d) rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- e) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **Euro 100,00**.

Art. 30 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c., mediante avviso scritto di sinistro, tramite A.R., **da indirizzare al seguente indirizzo:**

HDI ASSICURAZIONI S.p.A. Ufficio Contact Center - Servizio B.O. Gestionale Canali Alternativi - Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 Genova (Ge).

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

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.

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

Art. 31 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23 - Criteri di indennizzabilità, sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

Art. 32 – DENUNCE SUCCESSIVE

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini di polizza superiore al **3%**, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio delle persone assicurate infortunate con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.033,00**, su presentazione di regolare documentazione.

Art. 33 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore delle persone assicurate e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 34 – RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A FAVORE DI FIGLI MINORI

La Società liquida ai figli minorenni dell'Assicurato, purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'assicurazione:

- A) l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del 50%, e fino ad un massimo di **Euro 150.000,00** qualora il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato o del Coniuge o del Convivente, assicurato con polizza infortuni con la sottoscritta Società, fermi i limiti previsti dall'Art. 17 - Rischio Volo;
- B) l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del 100%, e fino ad un massimo di **Euro 200.000,00**, qualora il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del Coniuge o del Convivente, assicurato con polizza infortuni con la sottoscritta Società, fermi i limiti previsti dall'Art. 17 - Rischio Volo.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.