



Tutela persona

Per la famiglia

Auto ok
Polizza infortuni del conducente e dei trasportati

l'arte di assicurare

nationale
SUISSE

pagina bianca

PRESENTAZIONE

AUTO OK è la polizza per la sicurezza e la tranquillità del conducente e dei trasportati contro le conseguenze economiche di un infortunio subito in seguito ad un incidente di circolazione.

La polizza è costituita da:

- il presente fascicolo modello A830, contenente le Condizioni Generali di Assicurazione;
- la Scheda di Polizza modello A831, contenente gli estremi identificativi della polizza.

Al fine di dar loro risalto, sono evidenziate in grigio, per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del decreto legislativo 7/9/2005 n.209, quelle Condizioni Generali di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Per comodità di consultazione, si riporta in sintesi il contenuto del presente fascicolo:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Definizioni pag.2
- Norme che regolano l'assicurazione in generale pag.2
- Norme che regolano l'assicurazione infortuni pag.3
- Norme che regolano i sinistri pag.7

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, riportati nel testo contrattuale in carattere corsivo, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- per **“Assicurato”**: la persona il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*;
- per **“Assicurazione”**: il contratto mediante il quale la *Società*, dietro pagamento da parte del *Contraente* del *premio* pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'*Assicurato*, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un *sinistro*;
- per **“Beneficiario”**: gli eredi dell'*Assicurato*, o le altre persone da questi designate, ai quali la *Società* deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- per **“Contraente”**: il soggetto che stipula l'*assicurazione*;
- per **“Franchigia”**: la parte dell'*indennizzo* che rimane a carico dell'*Assicurato*;
- per **“Indennizzo”**: la somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*;
- per **“Infortunio”**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una *invalidità permanente* o comportino un *ricovero* o il pagamento di spese di cura;
- per **“Intervento chirurgico”**: l'atto medico, praticato in *Istituto di Cura* o ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. S'intende equiparata ad un *intervento chirurgico* anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;
- per **“Invalidità Permanente”**: la perdita definitiva, a seguito di *infortunio*, in misura totale o parziale, della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per **“Istituto di Cura”**: l'ospedale, la clinica universitaria, la casa di cura, l'istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed ai ricoveri; non si considerano *Istituti di Cura* gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di riabilitazione, le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche e le case di riposo;
- per **“Polizza”**: il documento che prova l'*assicurazione*;
- per **“Premio”**: la somma dovuta dal *Contraente* alla *Società* per l'*assicurazione*;
- per **“Ricovero”**: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in *Istituto di Cura*;
- per **“Sinistro”**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- per **“Società”**: l'impresa assicuratrice, ovvero la *NATIONALE SUISSE Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.*

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'*Assicurato* o 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 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile, l'*Assicurato* od il *Contraente* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre *assicurazioni*, da chiunque stipulate, per il medesimo rischio e per lo stesso veicolo assicurato.

La *Società*, in caso di dolosa omissione di tale comunicazione, non è tenuta a corrispondere l'*indennizzo*.

In caso di *sinistro* l'*Assicurato* od il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in *polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

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

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della *Società* al pagamento dei *premi* scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il *premio* è sempre determinato per periodi di *assicurazione* di un anno, salvo il caso di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due rate.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

L'*Assicurato* od il *Contraente* deve dare comunicazione scritta alla *Società*, mediante lettera raccomandata, di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 6 - Diminuzione del rischio

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

Art. 7 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 8 - Oneri fiscali

Sono a carico del *Contraente*, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione*.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge

L'*assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dalla *polizza*, valgono le norme di legge.

Art. 10 - Indicizzazione (da ritenersi operativo se è stato indicato il numero indice sul modello A831)

Le somme assicurate, il massimale, l'indennità giornaliera per *ricovero* ed il *premio* sono soggetti ad aumenti in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'aumento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato sul modello A831, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

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

Per le rate annuali successive si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice del mese di giugno utilizzato per l'adeguamento.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate, il massimale, l'indennità giornaliera per *ricovero* ed il *premio* vengono a superare il 50% (cinquanta per cento) degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle Parti rinunciare all'adeguamento della *polizza* e le somme assicurate, il massimale, l'indennità giornaliera per *ricovero* ed il *premio* rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 11 - Rischio assicurato

Premesso che è considerato *infortunio* l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una *invalidità permanente* o comportino un *ricovero* o il pagamento di spese di cura, l'*assicurazione* vale esclusivamente per gli *infortuni* che il *Contraente*, in quanto "persona fisica", il "legittimo conducente" e le persone traspor-

tate subiscano in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione occorso al veicolo indicato sul modello A831.

Agli effetti della garanzia l'*assicurazione* è valida dal momento in cui l'*Assicurato* sale a bordo del veicolo e si considera conclusa nel momento in cui ne è disceso. Per il conducente l'*assicurazione* vale anche per gli *infortuni* che egli subisca mentre attende, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

L'*assicurazione* è altresì operante per gli *infortuni* subiti in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione causato:

- a) da stato di maleore o di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni, di psicofarmaci o di stupefacenti;
- b) da atti compiuti dall'*Assicurato* per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) dagli effetti degli agenti atmosferici;
- d) da asfissia non di origine morbosa;
- e) da avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- f) da folgorazione;
- g) da assideramento o congelamento;
- h) da colpi di sole o di calore;
- i) da lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- j) da lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia.

E' considerato *infortunio* anche l'annegamento conseguente ad incidente di circolazione.

Art. 12 - Infortuni causati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile, l'*assicurazione* è operante per gli *infortuni* subiti in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione causato da colpa grave dell'*Assicurato*, del *Contraente* e del *Beneficiario*.

A parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile, l'*assicurazione* è operante per gli *infortuni* subiti in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione causato da tumulti popolari ai quali l'*Assicurato* non abbia partecipato.

Art. 13 - Somme assicurate (risultanti negli appositi riquadri del modello A831)

Copertura Forma "A"

Le somme assicurate, nonché il massimale e l'indennità giornaliera per *ricovero*, costituiscono gli importi complessivamente assicurati per il conducente e per i trasportati sul veicolo indicato sul modello A831 da dividersi proporzionalmente tra gli occupanti del veicolo al momento del *sinistro*, siano essi rimasti infortunati o meno, escludendo comunque le persone non assicurabili in base all'art. 22 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In nessun caso la *Società* corrisponde per ogni singolo infortunato un *indennizzo* superiore a euro 100.000 (centomila) per il caso di morte, euro 200.000 (duecentomila) per il caso di *invalidità permanente* ed euro 100 (cento) per ciascun giorno di *ricovero*.

Copertura Forma "B"

Le somme assicurate, nonché il massimale e l'indennità giornaliera per *ricovero*, rappresentano gli importi assicurati per il conducente e per ogni persona trasportata sul veicolo indicato sul modello A831. In nessun caso la *Società* corrisponde un *indennizzo* superiore a euro 600.000 (seicentomila) nel caso di più persone infortunate a seguito del medesimo *sinistro*.

Copertura Forma "C"

Le somme assicurate, nonché il massimale e l'indennità giornaliera per *ricovero*, rappresentano gli importi assicurati per il *Contraente* nella sua qualità di conducente.

Art. 14 - Delimitazione del rischio

Se al momento del *sinistro* sul veicolo indicato sul modello A831 risultino trasportate un numero di persone superiore a quello stabilito dalla Carta di Circolazione, l'*Assicurato* perde il diritto all'*indennizzo*.

Relativamente ai veicoli adibiti al trasporto di cose, l'*assicurazione* è valida esclusivamente per i trasportati nella cabina di guida.

Art. 15 - Sostituzione del veicolo (valido solo per le autovetture ad uso proprio)

Se il *Contraente* ha in corso con la *Società* una *polizza* R.C.A. che assicura la medesima autovettura indicata sul modello A831 e comunica la sostituzione dell'autovettura esclusivamente sulla predetta *polizza* R.C.A., la presente *assicurazione* vale per l'autovettura risultante dalla *polizza* R.C.A. in corso con la *Società* al momento del *sinistro*.

PRESTAZIONI

Art. 16 - Caso di morte

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Società* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello di *invalidità permanente*. Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente*, l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *Società* corrisponde ai beneficiati soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte, se superiore, e quello già pagato per l'*invalidità permanente*.

Art. 17 - Caso di invalidità permanente

A) Se l'*infortunio* ha come conseguenza l'*invalidità permanente* definitiva totale, la *Società* corrisponde la somma assicurata;

B) se l'*infortunio* ha come conseguenza un'*invalidità permanente* definitiva parziale, l'*indennizzo* viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di *invalidità permanente* che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

	destro	sinistro
Perdita, anatomica o funzionale di:		
– un arto superiore	70%	60%
– una mano o un avambraccio	60%	50%
– un pollice	18%	16%
– un indice	14%	12%
– un medio	8%	6%
– un anulare	8%	6%
– un mignolo	12%	10%
– una falange ungueale del pollice	9%	8%
– una falange di un altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:

– della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
– del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
– del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:

– del nervo radiale	35%	30%
– del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– 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 sotto astraglica	15%

Paralisi completa del nervo:

– sciatico popliteo esterno	15%
-----------------------------	-----

Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
--	----

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

– una vertebra cervicale	12%
– una vertebra dorsale	5%
– 12° dorsale	10%
– una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
– un orecchio	10%
– ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
– monolaterale	4%
– bilaterale	10%
Perdita anatomica:	
– di un rene	15%
– della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

- C) se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni non elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) ed ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- D) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100% (cento per cento);
- E) per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di *invalidità permanente* tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 18 - Franchigia assoluta sulla invalidità permanente

La liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene fatta, per ciascun singolo infortunato, con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata non eccedente euro 100.000 (centomila) l'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene corrisposto senza applicazione di alcuna *franchigia*;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 100.000 (centomila) e fino a euro 200.000 (duecentomila) non si fa luogo ad *indennizzo* per *invalidità permanente* quando questa è di grado pari o inferiore al 5% (cinque per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 200.000 (duecentomila) e fino a euro 300.000 (trecentomila) non si fa luogo ad *indennizzo* per *invalidità permanente* quando questa è di grado pari o inferiore al 10% (dieci per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente;

- d) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 300.000 (trecentomila) non si fa luogo ad *indennizzo* per *invalidità permanente* quando questa è di grado pari o inferiore al 15% (quindici per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 19 - Caso rimborso spese di cura

La *Società* rimborsa all'*Assicurato*, sino alla concorrenza del massimale assicurato, in caso di *infortunio*:

- a) le spese per gli esami ed accertamenti diagnostici prescritti dal medico;
- b) le spese per gli onorari dei medici nonché, in caso di *intervento chirurgico*, dell'*équipe* chirurgica, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- c) le spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) le spese per le rette di degenza;
- e) le spese di trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'*Istituto di Cura* o ambulatorio, o da un *Istituto di Cura* o ambulatorio all'altro e, successivamente, al domicilio dell'*Assicurato*.

L'onere a carico della *Società* per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere c) ed e) non potrà superare il 10% (dieci per cento) del massimale assicurato.

Art. 20 - Indennità giornaliera per ricovero

La *Società*, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato* reso necessario da *infortunio* corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza per la durata massima di 60 (sessanta) giorni per ogni *infortunio*.

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.

Art. 21 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli *infortuni* causati:

- a) dalla partecipazione a competizioni non di regolarità pura ed alle relative prove;
- b) dalla guida di veicoli se il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- c) dalla partecipazione dell'*Assicurato* a delitti da lui commessi o tentati;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- f) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- g) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono comunque esclusi dall'*assicurazione* gli infarti nonché gli avvelenamenti e le infezioni, salvo quanto previsto dall'art. 11 (Rischio assicurato) lettere e) j) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 22 - Persone non assicurabili

La *Società* presta l'*assicurazione* su dichiarazione del *Contraente* che l'*Assicurato* non è affetto da sieropositività al virus HIV, alcolismo, tossicodipendenza, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Art. 23 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 24 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

In caso di *sinistro*, il *Contraente* e/o l'*Assicurato* od i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società* entro 7 (sette) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per il caso di indennità giornaliera per *ricovero* l'*Assicurato* e/o il *Contraente* deve produrre copia della cartella clinica completa relativa al *ricovero*.

L'*Assicurato*, o in caso di morte, i beneficiari, devono produrre copia della Carta di Circolazione del veicolo assicurato da cui si rilevi il numero dei posti per i trasportati per i quali il veicolo è omologato.

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

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

Art. 25 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 26 - Criteri di indennizzabilità

La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'*infortunio*.

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 17 (Caso di invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 27 - Modalità di liquidazione per il caso rimborso spese di cura

La *Società*, in relazione al rimborso spese di cura di cui all'art. 19 (Caso rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione, effettua il pagamento di quanto dovuto all'*Assicurato* o ai suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate. Gli originali presentati dall'*Assicurato* sono acquisiti dalla *Società*. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è liquidato dalla *Società* soltanto parzialmente, la *Società* stessa restituisce i predetti originali, se richiesti per iscritto, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'*Assicurato* abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la *Società* effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente *polizza* dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti al sistema monetario dell'euro, i rimborsi vengono calcolati al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

Art. 28 - Controversie – Arbitrato irrituale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di *invalidità permanente*, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 26 (Criteri di indennizzabilità) delle Condizioni Generali di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'*indennizzo*.

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

pagina bianca



Sede Legale e
Direzione Generale in Italia
Via XXV Aprile
20097 San Donato Milanese (MI)
Tel. 02 51 60 31 - Fax 02 51 46 34
info@nationalesuisse.it
www.nationalesuisse.it

Nationale Suisse
Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.
Soggetta alla attività di direzione e coordinamento da parte della
Compagnia di Assicurazioni "Nazionale Svizzera" di Basilea
Capitale Sociale 12.000.000 Euro interamente versato
Reg. Imp. di Milano n. 112124 - C.C.I.A.A. Milano 585006
Partita Iva e Codice Fiscale n° 01851070159
Imp. aut. all'esercizio Assic. con D.M. 6-10-72 (G.U. 20-10-72 n. 274)
Compagnia con sistema di management certificato