



Tutela persona

Per la famiglia

Famiglia Ok  
Polizza infortuni della famiglia



## PRESENTAZIONE

FAMIGLIA OK è la polizza Nationale Suisse per la sicurezza e la tranquillità della famiglia contro le conseguenze economiche di un infortunio subito:

- ✓ nel tempo libero;
- ✓ durante la pratica di sport e hobby in genere;
- ✓ a causa di un incidente di circolazione in qualità di conducente, trasportato o pedone.

La polizza è costituita da:

- il presente fascicolo mod. A 810 contenente le Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione;
- la Scheda di Polizza mod. A 811 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, riportiamo in sintesi il contenuto del presente fascicolo:

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Definizioni..... pag. 2
- Norme che regolano l'assicurazione in generale
  - Diritti e doveri delle Parti..... pag. 3
  - Disposizioni varie..... pag. 3
- Norme che regolano l'assicurazione Infortuni
  - Oggetto dell'assicurazione ..... pag. 5
  - Delimitazione del rischio ..... pag. 6
  - Prestazioni..... pag. 7
- Norme che regolano i sinistri
  - Diritti e doveri delle Parti..... pag. 9

CONDIZIONI PARTICOLARI ..... pag. 11

Copia conforme al modello A810 edizione 1/2002, depositato agli atti del Notaio Cesare Bignami di Milano con verbale in data 4/9/2001 repertorio n. 82061, raccolta n. 21366.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Ai seguenti termini 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 morte;
- per **"Contraente"**:  
il soggetto che stipula l'*assicurazione*;
- 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 od una *invalidità permanente*;
- per **"Intervento chirurgico"**:  
l'atto medico, praticato in *istituto di cura* od ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Si 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 **"Nucleo familiare"**:  
il *Contraente* e le persone con lui iscritte nello stesso certificato di "Stato di famiglia";
- 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.*

Le definizioni, il cui significato è sopra riportato, nel testo contrattuale sono evidenziate in carattere corsivo.

## 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

L' *Assicurato* ed il *Contraente*, a parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, sono esonerati dalla comunicazione dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre *assicurazioni*.

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

#### Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il *Contraente* e/o l' *Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Società*, mediante lettera raccomandata o telex, 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 60 (sessanta) giorni prima della scadenza, l' *assicurazione* è prorogata per un anno e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 30 (Recesso in caso di sinistro) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### 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 mod. A811)

Le somme assicurate ed il relativo *premio* sono soggetti a adeguamento 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 A811, 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 ed il *premio* vengano a superare il 50% (cinquanta per cento) degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle Parti rinunciare all'adeguamento della *polizza* e le somme assicurate ed il *premio* rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

### OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

#### 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, una *invalidità permanente* oppure un *ricovero* in un *Istituto di Cura*, l'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca:

- a) nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità inerente, a solo titolo esemplificativo e non limitativo:
  - al tempo libero;
  - alla pratica di sport ed hobby in genere, compresi il bricolage (piccoli lavori manuali) ed il giardinaggio;
  - alla conduzione della casa compreso l'uso di elettrodomestici ed utensili, allo svolgimento di lavori domestici di ordinaria manutenzione e al "Fai da Te";
- b) nello svolgimento dell'attività di studente;
- c) in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione, non verificatosi comunque durante lo svolgimento delle proprie attività professionali, in qualità di:
  1. conducente di biciclette e ciclomotori;
  2. conducente o trasportato di autovetture, motoveicoli, camper, autocarri di peso complessivo non superiore a 35 quintali, natanti ad uso privato o da diporto e sempreché l'*Assicurato*, se alla guida, sia in possesso della prescritta abilitazione;
  3. passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico, terrestri, marittimi, fluviali, lacuali, compresa la salita e la discesa dagli stessi, esclusi biciclette e ciclomotori;
  4. pedone, a seguito di investimento da parte di biciclette o veicoli.

Sono anche considerati *infortuni*, subiti secondo quanto indicato ai precedenti punti a), b) c):

- d) l'asfissia non di origine morbosa;
- e) l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento od il congelamento;
- h) i colpi di sole o di calore;
- i) le lesioni muscolari determinate da sforzi con esclusione delle ernie, degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini.

L'*assicurazione* è altresì estesa agli *infortuni* subiti dall'*Assicurato* in occasione di piccole riparazioni di uno dei veicoli di cui ai precedenti punti c)1. c)2., proprio o di terzi, in caso di fermata per guasto e per la ripresa della marcia.

#### Art. 12 - Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità a seguito di incidente aeronautico, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

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.

#### Art. 13 - Infortuni causati da colpa grave e da tumulti popolari

L'*assicurazione* è altresì operante per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità causati da:

- colpa grave dell'*Assicurato*, del *Contraente* e del *beneficiario*, e ciò a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile;
- tumulti popolari ai quali l'*Assicurato* non abbia partecipato, e ciò a parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile.

## DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

### Art. 14 - Persone e somme assicurate

L'assicurazione vale per il *nucleo familiare*, escluse comunque le persone non assicurabili in base agli articoli 16 (Limiti di età) e 18 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le somme assicurate rispettivamente per il caso morte, *invalidità permanente*, rimborso spese di cura ed indennità giornaliera per *ricovero* da *infortunio* indicate sul modello A811 costituiscono gli importi assicurati per l'intero *nucleo familiare*. La determinazione delle somme assicurate per ciascun componente del *nucleo familiare* si ottiene in base alla forma prescelta dal *Contraente* ed indicata sul modello A811:

- **forma A:**

mediante ripartizione proporzionale delle somme assicurate in rapporto al numero di persone - escluse quelle non assicurabili in base agli articoli 16 (Limiti di età) e 18 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione - risultanti dal certificato di "Stato di famiglia" riportante la composizione del *nucleo familiare* alla data del *sinistro*;

- **forma B:**

mediante attribuzione di metà delle somme assicurate al *Contraente* e dell'altra metà mediante ripartizione proporzionale in rapporto al numero di persone - escluso il *Contraente* e quelle non assicurabili in base agli articoli 16 (Limiti di età) e 18 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione - risultanti dal certificato di "Stato di famiglia" riportante la composizione del *nucleo familiare* alla data del *sinistro*.

In occasione di *infortunio* avvenuto su uno dei veicoli indicati al punto c) 2. dell'art.11 (Rischio assicurato) delle Condizioni Generali di Assicurazione, se guidati da un componente del *nucleo familiare*, l'assicurazione è estesa agli ascendenti, discendenti e fratelli degli *Assicurati* anche se non conviventi, nonché ai parenti ed affini fino al terzo grado se conviventi o siano a carico in quanto uno degli *Assicurati* provvede abitualmente al loro mantenimento. Fermo l'obbligo del rispetto del numero dei trasportati previsto dalla carta di circolazione, in caso di *sinistro* che coinvolga anche solo una persona di cui all'estensione precedente, dette persone saranno considerate, agli effetti della ripartizione delle somme assicurate, come componenti effettivi del *nucleo familiare*.

### Art. 15 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli *infortuni* causati:

- a) dallo svolgimento di ogni attività professionale principale o secondaria, fatta eccezione per l'andata ed il ritorno dal luogo di lavoro;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'*Assicurato* non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- d) dall'uso di mezzi subacquei ed aeromobili di qualsiasi tipo (compresi ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili), salvo quanto previsto dall'art.12 (Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico) delle Condizioni generali di Assicurazione;
- e) dalla guida di natanti a motore ad uso pubblico;
- f) dalla pratica di sport aerei in genere (compresi paracadutismo e parapendio), pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di roccia e di ghiacciai fino al terzo grado effettuato senza accompagnamento di guida regolarmente patentata nonché alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato, free climbing (arrampicata libera);
- g) dalla pratica dello sport ippico e/o calcistico e/o ciclistico salvo che siano svolti a carattere ricreativo, aziendale e/o interaziendale;
- h) dalla partecipazione dell'*Assicurato* a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- i) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- j) da guerra ed insurrezioni;
- k) da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- l) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- m) 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 infine esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

### **Art. 16 - Limiti di età**

Se la *Società* non è a conoscenza dell'età dell'*Assicurato*, per mancata indicazione della medesima in *polizza* o in eventuali atti di variazione successivi, l'*assicurazione* cessa alla scadenza annuale del *premio* successiva al compimento del 75° anno di età dell'*Assicurato*.

L'eventuale incasso dei *premi*, scaduti successivamente, da parte della *Società*, dà diritto al *Contraente* di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

### **Art. 17 - Servizio militare**

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'*assicurazione* è operante limitatamente ai periodi di libera uscita, di permessi e di licenze ordinarie e straordinarie.

### **Art. 18 - Persone non assicurabili**

La *Società* presta l'*assicurazione* su dichiarazione del *Contraente* che l'*Assicurato*:

- non soffre di malattie gravi che necessitano di terapie in corso o che abbiano residuo conseguenze permanenti od inabilitanti;
- 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. 19 - Validità territoriale dell'assicurazione**

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

## **PRESTAZIONI**

### **Art. 20 - 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. 23 (Caso di invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

### **Art. 21 - 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 beneficiari soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte, se superiore, e quello già pagato per *invalidità permanente*.

### **Art. 22 - Caso di morte presunta**

Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile a sensi di *polizza* e, in applicazione dell'art.60, comma 3) del Codice Civile o dell'art.211 del Codice della navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali, la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Società* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*Assicurato* per la restituzione della somma corrisposta.

### Art. 23 - Caso di invalidità permanente

L'indennizzo per *invalidità permanente* parziale è calcolato sulla somma assicurata per *invalidità permanente* totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri previsti dalla tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa, restando convenuto che, in luogo dell'applicazione della franchigia ivi prevista, l'*indennizzo* viene corrisposto in base alle seguenti modalità:

- a) non si fa luogo ad *indennizzo* per *invalidità permanente* quando questa è di grado pari o inferiore al 5% (cinque procento) della totale;
- b) quando l'*invalidità permanente* è invece di grado superiore al 5% (cinque procento), la *Società* liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

per % di invalidità permanente accertata	% da liquidare
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	15
21	17
22	19
23	21
24	23
da 25 a 80	da 25 a 80
da 81 a 100	100

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

In caso 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.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. 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 all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, l'*indennizzo* è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri della predetta tabella, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

### Art. 24 - Indennità giornaliera per ricoveri da infortunio

In caso di ricovero dell'*Assicurato* in *istituto di cura* reso necessario a seguito di *infortunio*, indennizzabile ai sensi di *polizza*, la *Società* corrisponde l'indennità giornaliera garantita per ciascun giorno di degenza e 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. 25 - Caso rimborso spese di cura

La *Società* rimborsa all'*Assicurato*, sino alla concorrenza del massimale assicurato, in caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*.

- 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. 26 - Tutela dei minori**

La somma assicurata per il caso di morte si intende raddoppiato qualora, in conseguenza diretta ed esclusiva del medesimo *infortunio*, indennizzabile a termini di *polizza*, entrambi i genitori conviventi, ma non separati, assicurati con la presente *polizza*, siano deceduti e lascino figli minori conviventi.

La somma assicurata per il caso di *invalidità permanente* si intende raddoppiata per un figlio ancora minorenne del *Contraente* che subisca un'*invalidità permanente* accertata di grado non inferiore all'80% (ottanta per cento) a seguito di *infortunio* indennizzabile a termine di *polizza*.

### **NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**

#### **DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI**

#### **Art. 27 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente**

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

L'*Assicurato* e/o il *Contraente* deve inoltre:

- a) documentare la denuncia con l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'*infortunio*;
- b) corredare la denuncia dal certificato medico;
- c) documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- d) presentare, limitatamente alle garanzie "Indennità giornaliera per ricoveri da infortunio" e "Rimborso spese di cura", copia della Cartella Clinica comprovante le cause ed i giorni del ricovero, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- e) presentare il certificato "Stato di famiglia" riportante la composizione del *nucleo familiare* alla data del sinistro od atto notorio delle persone di cui all'ultimo comma dell'art. 11 (Rischio assicurato) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

#### **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.20 (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 la 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

#### **Art. 29 - 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 responsabile dell'*infortunio*.

#### **Art. 30 - Recesso in caso di sinistro – Irrescindibilità per sinistro decorsi due anni dalla data di stipulazione della polizza**

Dopo ogni *sinistro*, denunciato a termini di *polizza*, e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, ciascuna delle Parti può recedere dall'*assicurazione*, dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo di *assicurazione* in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 90 (novanta) giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva.

Tuttavia, se il recesso è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Società*, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data di cessazione dell'*assicurazione*, mette a disposizione la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della *polizza* ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Il recesso non può essere esercitato decorsi due anni dalla data di stipulazione della *polizza*. Se però, anche successivamente ai due anni dalla data di stipulazione della *polizza*, nel corso del contratto si verificano modifiche dell'*assicurazione*, le Parti, entro due anni dalla data di effetto della modifica, possono avvalersi di quanto disposto al primo comma.

#### **Art. 31 - Modalità di liquidazione per il rimborso spese di cura**

La *Società*, in relazione al rimborso spese di cura di cui all'art.25 (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 effettuati 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.

## **CONDIZIONI PARTICOLARI**

**(valide esclusivamente se richiamate sul modello A811)**

### **A) Deroga al patto di tacita proroga**

A deroga dell'art.7 (Proroga della assicurazione) delle Condizioni Generali di Assicurazione la *polizza* cesserà alla sua scadenza convenuta senza obbligo di disdetta.

*pagina bianca*

*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