



Tutela persona

Per la famiglia

Viaggio ok  
Polizza infortuni della circolazione

l'arte di assicurare

**nationale**  
**SUISSE**

*pagina bianca*

## PRESENTAZIONE

Ha mai pensato a quanto tempo si trascorre fuori casa, camminando per strada, guidando un'auto, utilizzando un mezzo di trasporto pubblico o viaggiando in aereo o nell'auto di un amico? La vita di tutti i giorni richiede mobilità e continui spostamenti ed è meglio essere tutelati contro gli imprevisti: VIAGGIO OK è la polizza che offre la massima sicurezza e serenità garantendo le conseguenze economiche derivanti da un infortunio subito durante un incidente di circolazione, di navigazione o aeronautico.

La polizza è costituita da:

- il presente fascicolo - modello A840 - riportante le Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione;
- la Scheda di Polizza - modello A841 "Family" o A842 "Individual" (in funzione della formula di assicurazione pre-scelta) - riportante i dati amministrativi e tecnici della polizza;
- il modello A808 - assicurazione "Assistenza Salute" (se ed in quanto operante).

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.

Di seguito riportiamo, per facilità di lettura, il contenuto delle norme che regolano il contratto.

### INDICE DELLE 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 e delimitazione del rischio ..... pag. 4
  - Prestazioni ..... pag. 6
- Norme che regolano i sinistri
  - Diritti e doveri delle Parti ..... pag. 8
- Condizioni Particolari ..... pag.10

Copia conforme al modello A840 edizione 10/2002, depositato agli atti del Notaio Cesare Bignami di Milano con verbale in data 9 ottobre 2002 repertorio n.86268, raccolta n.23117.

## 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 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* all'*Assicurato* 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* od il pagamento di spese di cura;
- 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. 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 **"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.*

## 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* infortuni da chiunque stipulate.

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

Vi è esonero dalla predetta comunicazione relativamente:

- alle altre *assicurazioni* stipulate dal datore di lavoro, se diverso dal *Contraente*, in adempimento a contratti collettivi nazionali od integrativi aziendali;
- alle altre *assicurazioni* operanti in base alla titolarità di carte di credito o di conti correnti bancari.

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 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 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* 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 mod. A841 o A842)

Le somme assicurate, riportate sui modelli A841 o A842, ed il relativo *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 A841 o A842, 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 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.

Le percentuali annuali di adeguamento non potranno comunque essere inferiori al 5% (cinque per cento) ove le variazioni, come calcolate ai commi precedenti, siano inferiori alla predetta percentuale.

Qualora, in conseguenza degli aumenti, 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 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 od una *invalidità permanente*, l'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione o navigazione in qualità di:

- a) conducente di biciclette, ciclomotori, veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta la patente di guida di categoria A, A1, B o B1, nonché di natanti ad uso privato o da diporto;
- b) passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico o privato, terrestri, marittimi, fluviali, lacuali, esclusi biciclette e ciclomotori;
- c) pedone a seguito di investimento da parte di biciclette o veicoli.

Agli effetti della garanzia di cui alle lettere a) e b) l'*assicurazione* è valida dal momento in cui l'*Assicurato* sale a bordo del veicolo o natante e si considera conclusa nel momento in cui ne è disceso.

L'*assicurazione* vale anche per gli *infortuni* derivanti dai rischi della circolazione stradale subiti dall'*Assicurato* in qualità di conducente e/o passeggero mentre attende, in caso di fermata per guasto di uno dei veicoli di cui alla precedente lettera a), proprio o di terzi, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Sono considerati *infortuni*, fermo quanto disposto al primo comma del presente articolo, anche:

- 1) l'asfissia causata da gas di scarico;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento od il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore.

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

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca, 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 in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente della circolazione o navigazione, secondo quanto disposto dall'art.11 (Rischio assicurato) delle Condizioni Generali di Assicurazione, 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.

#### Art. 14 - Persone e somme assicurate

##### Formula "Family"

L'*assicurazione* vale per il *nucleo familiare*, escluse comunque le persone non assicurabili in base agli articoli 16 (Limiti di età) e 17 (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* indicate sul modello A841 costituiscono gli importi assicurati per l'intero *nucleo familiare*. La determinazione delle somme assicurate per ciascun componente del *nucleo familiare* si ottiene in base all'opzione esercitata dal *Contraente* ed indicata sul modello A841:

- **opzione 1:**  
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 17 (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*;
- **opzione 2:**  
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 17 (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*.

#### **Formula "Individual"**

L'assicurazione vale per le persone e per le somme assicurate indicate sul modello A842.

#### **Art. 15 - Rischi esclusi**

Sono esclusi dall'assicurazione gli *infortuni* causati:

- a) dalla guida di veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta una patente di guida diversa dalla categoria A, A1, B e B1;
- b) dalla guida di natanti ad uso pubblico;
- 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 partecipazione a corse o gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- h) da guerra ed insurrezioni;
- i) da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- j) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- k) 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, etc.).

Sono inoltre esclusi gli *infortuni* subiti durante lo svolgimento delle attività professionali, fatta eccezione per l'andata e ritorno dal luogo di lavoro.

#### **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 - 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. 18 - Validità territoriale dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## PRESTAZIONI

### Art. 19 - 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.22 (Caso di invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

### Art. 20 - 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. 21 - 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. 22 - 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 astragalica	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 della eventuale applicazione di presidi correttivi.

### **Art. 23 - Franchigia assoluta per invalidità permanente**

La liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* di cui all'art.22 (Caso di invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte della somma assicurata fino a euro 100.000 (centomila) l'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene corrisposto senza applicazione di alcuna *franchigia*;
- b) sulla parte della somma assicurata eccedente euro 100.000 (centomila) e fino a euro 200.000 (duecentomila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* 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 della somma assicurata eccedente euro 200.000 (duecentomila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* 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.

### **Art. 24 - Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente**

Il *Contraente* o l'*Assicurato*, trascorsi 120 (centoventi) giorni dalla data di presentazione della denuncia di *sinistro*, può richiedere alla *Società* il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% (cinquanta per cento) del presumibile *indennizzo*, con il massimo di euro 25.000 (venticinquemila), a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di *invalidità permanente* stimata dalla *Società* in base alla documentazione acquisita sia superiore al 50% (cinquanta per cento). Il pagamento sarà effettuato dalla *Società* entro 60 (sessanta) giorni dalla richiesta dell'anticipo.

Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla *Società* nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

### **Art. 25 - Protezione figli conviventi (valida solo nel caso in cui sia operante la Formula "Family")**

La somma assicurata per il caso di morte destinata ai figli minori conviventi si intende raddoppiata qualora, in conseguenza diretta ed esclusiva del medesimo *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, il *Contraente* ed il coniuge assicurati con la presente *polizza* siano entrambi deceduti, ancorché non contemporaneamente.

### **Art. 26 - Indennità giornaliera per ricoveri**

La *Società*, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di Cura* reso necessario a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata 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. 27 - Rimborso spese di cura**

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

## **NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**

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

#### **Art. 28 - 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 3 (tre) giorni da quando ne ha 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*, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Nel caso sia prevista la copertura nella Forma "Family", l'*Assicurato* e/o il *Contraente* deve presentare il certificato di "Stato di famiglia" riportante la composizione del *nucleo familiare* alla data del *sinistro*.

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. 29 - 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. 30 - 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.19 (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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

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

La *Società*, in relazione al rimborso spese di cura di cui all'art.27 (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 A841 o A842)

### A) Deroga al patto di tacita proroga

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

### B) Rescindibilità annuale

Sebbene la presente *polizza* sia emessa con durata pluriennale, è in facoltà delle Parti di rescinderla allo spirare di ogni anno assicurativo mediante preavviso da darsi con lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della rata annuale di *premio*.

### C) Franchigia assoluta per invalidità permanente

L'art.23 (Franchigia assoluta per invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione deve intendersi abrogato e così sostituito:

“La liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* di cui all'art.21 (Caso di invalidità permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte della somma assicurata fino a euro 150.000 (centocinquantamila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 3% (tre per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte della somma assicurata eccedente euro 150.000 (centocinquantamila) e fino a euro 200.000 (duecentomila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* 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 della somma assicurata eccedente euro 200.000 (duecentomila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* 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.”

*pagina bianca*

*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