

Bionika

infortuni

*La tranquillità
anche negli imprevisti.*

■ Condizioni di assicurazione

protezione persona



lloyd adriatico

assicurazioni e
finanza personale

Allianz Group

sommario

sistema di copertura per gli infortuni

		pag.
Cosa assicura	Art. 1 Oggetto dell'assicurazione	3
	Art. 2 Esclusioni e delimitazioni	3
Garanzie principali	Art. 3 Morte	5
	Art. 4 Invalidità permanente	5
	Art. 5 Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente	7
Garanzie accessorie	Art. 6 Inabilità temporanea	8
	Art. 7 Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero, per convalescenza e per ingessatura	8
	Art. 8 Rimborso spese mediche	9
	Art. 9 Assegno integrativo per piccole spese	9
	Art. 10 Danni estetici	10
Cosa assicura in più: garanzie comprese senza sovrappremio	Art. 11 Commorienza genitori	10
	Art. 12 Anticipo d'indennizzo	10
	Art. 13 Lavori manuali nel tempo libero	10
	Art. 14 Decesso all'estero	10
	Art. 15 (Cod. 43) Riferimento alle tabelle di legge per i casi di invalidità permanente (tabelle I.N.A.I.L.)	11
Clausole speciali per l'invalidità permanente	Art. 16 (Cod. 45) Franchigia assoluta di grado superiore sull'invalidità permanente	11
	Art. 17 (Cod. 46) Franchigia variabile sull'invalidità permanente	11
	Art. 18 (Cod. 63) Invalidità permanenti progressivamente maggiorate	12
	Art. 19 (Cod. 64) Grandi invalidità	13
	Art. 20 (Cod. 65) Supervalutazione delle invalidità permanenti degli arti superiori	13
	Art. 21 (Cod. 72) Incremento dell'indennità per assicurati indenni da sinistri	13
	Art. 22 (Cod. 66) Rendita vitalizia	13
	Art. 23 (Cod. 40) Inabilità temporanea in forma scalare	14
Clausole speciali per l'inabilità temporanea	Art. 24 (Cod. 47) Franchigia assoluta sull'inabilità temporanea	14
	Art. 25 (Cod. 41) Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi professionali	14
Clausole particolari	Art. 26 (Cod. 79) Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extraprofessionali	14
	Art. 27 (Cod. 31) Rischi sportivi	14
	Art. 28 (Cod. 73) Rischio in itinere	15
	Art. 29 (Cod. 85) Norme generali per le polizze cumulative aziendali	15
	Art. 30 (Cod. 86) Norme particolari per l'assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni	16

		pag.
Garanzia assistenza	Art. 31 Assistenza sanitaria	18
	Art. 32 Esclusioni e delimitazioni	24
In caso di infortunio	Art. 33 Denuncia di sinistro	25
	Art. 34 Criteri di indennizzabilità	25
	Art. 35 Procedimento arbitrale	25
Norme generali	Art. 36 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio: aggravamento o diminuzione del rischio	26
	Art. 37 Pagamento del premio	26
	Art. 38 Diritto di recesso	26
	Art. 39 Servizio militare	26
	Art. 40 Limiti di età	27
	Art. 41 Persone non assicurabili	27
	Art. 42 Infortunio catastrofale	27
	Art. 43 Adeguamento dei premi e delle somme assicurate al costo della vita	27
	Art. 44 Altre assicurazioni	28
	Art. 45 Proroga dell'assicurazione	28
	Art. 46 Rinuncia al diritto di surrogazione	28
	Art. 47 Modifiche dell'assicurazione	28
	Art. 48 Estensione territoriale	28
	Art. 49 Oneri fiscali	28
	Art. 50 Rinvio alle norme di legge	28
	• Definizioni	29
	• Norme di legge	30

cosa assicura

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1. l'asfissia non di origine morbosa;
- 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3. l'annegamento;
- 4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture d'insetti o aracnidi;
- 5. i colpi di sole o di calore;
- 6. l'assideramento o congelamento;
- 7. la folgorazione;
- 8. le lesioni determinate da sforzi con esclusione delle ernie, degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- 9. gli infortuni conseguenti a stato di malore o incoscienza;
- 10. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 11. gli infortuni in nesso causale con tumulti popolari, attentati, atti di terrorismo, atti di vandalismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

L'assicurazione vale inoltre per gli infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri, durante voli turistici o di trasferimento, con esclusione dei voli effettuati da aeroclubs o da società di lavoro aereo non in occasione di trasporto pubblico passeggeri.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di:
 - 1. veicoli a motore senza la relativa abilitazione;
 - 2. veicoli a motore per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla C;
 - 3. natanti a motore per uso non privato;
 - 4. macchine operatrici;
- b) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- c) da ubriachezza, alterazione psichica determinata da psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e/o allucinogeni, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

articolo 1

Oggetto dell'assicurazione

articolo 2

Esclusioni e delimitazioni

- e) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- f) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- g) da guerra e insurrezioni; le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero; la copertura non opererà tuttavia per il rischio volo, ossia per gli infortuni subiti durante viaggi aerei;
- h) dall'uso e/o utilizzo come pilota (o altro membro dell'equipaggio) di aeromobili;
- i) da imprese inusuali e temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- l) l'assicurazione non vale inoltre per gli infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport:
 1. equitazione, hockey, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, scalata di qualsiasi tipo dal terzo grado in poi, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, bob, skeleton, pugilato, speleologia, rafting e canyoning;
 2. partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, ivi compresa la pratica del motocross svolta anche al di fuori di gare e/o allenamenti - salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
 3. paracadutismo;
 4. deltaplano, ultraleggeri e parapendio;
 5. immersioni con autorespiratore;
 6. partecipazione a competizioni e relativi allenamenti calcistici e ciclistici svolti sotto l'egida delle competenti federazioni sportive.

I rischi di cui alle lettere a) punti 2, 3 e 4 ed l) (per quest'ultima limitatamente ai soli rischi indicati ai numeri 1, 2, 5 e 6) sono compresi in garanzia se connaturati all'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

garanzie principali

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, l'Impresa liquida detta somma agli eredi.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo che l'Impresa avrà pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione della somma pagata.

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

L'indennizzo per Morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento della indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

articolo 3

Morte

Si intende per invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di ogni e qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica.

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa liquida a tale titolo, secondo le esemplificazioni di cui alla tabella seguente, una indennità percentualmente e proporzionalmente calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

articolo 4

Invalidità permanente

	percentuale	
	destro	sinistro
Perdita anatomica o funzionale arto superiore		
tutto l'arto	70%	60%
avambraccio	60%	50%
mano	60%	50%
pollice	18%	16%
indice	14%	12%
medio	8%	6%
anulare	8%	6%
mignolo	12%	10%
una falange ungueale del pollice	9%	8%
per ciascuna falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

perdita anatomica o funzionale arto inferiore:		
tutto l'arto o comunque al di sopra della metà coscia	70%	
al di sotto della metà 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%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi arto superiore:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma 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%
Anchilosi arto inferiore:		
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 radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Postumi di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
Perdita anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
un orecchio	10%	
ambidue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
Perdita anatomica o funzionale di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Postumi di frattura scomposta di una costa	1%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Postumi di frattura del sacro	3%
Postumi di frattura del coccige con callo deforme	5%

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.

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un senso, di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica; se trattasi di perdita parziale (o minorazione), le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale o di riduzione funzionale di più sensi, di più arti, di più organi, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola invalidità, fino al limite massimo del 100%. Per invalidità permanenti sopra non specificate, l'indennità verrà stabilita con riferimento alle percentuali delle singole voci indicate nella tabella o tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di ogni e qualsiasi attività indipendentemente dalla sua professione.

La liquidazione dell'indennità per l'invalidità permanente, determinata in base all'articolo 4 (Invalidità permanente), ove non diversamente indicato in polizza, verrà effettuata nel modo seguente:

- ▶ sulla parte di somma assicurata rientrante nella fascia **A** prevista in polizza, non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado minore o pari al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 3% della totale, l'Impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente;
- ▶ sulla parte di somma assicurata rientrante nella fascia **B** prevista in polizza, non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado minore o pari al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, l'Impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente;
- ▶ sulla parte di somma assicurata rientrante nella fascia **C** prevista in polizza, non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado minore o pari al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 10% della totale, l'Impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente.

Per i lavoratori dipendenti, sulla parte di somma assicurata rientrante nella fascia **A** prevista in polizza, non verrà applicata la franchigia assoluta del 3% per i soli infortuni avvenuti durante l'espletamento dell'attività professionale dichiarata.

articolo 5

Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente

garanzie accessorie

articolo 6

Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde la somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dall'ottavo giorno successivo a quello dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni. In particolare l'Impresa liquida l'indennità per inabilità temporanea totale e/o parziale:

- 1: dall'8° giorno dopo quello dell'infortunio per la parte di somma assicurata specificata in polizza;
2. dal 16° giorno dopo quello dell'infortunio per la parte di somma assicurata specificata in polizza.

Per gli infortuni che si verificano in un paese extraeuropeo, l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto limitatamente all'accertato periodo di ricovero ospedaliero fino alle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per Morte o per Invalidità permanente.

articolo 7

Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero, per convalida e per ingessatura

In caso di ricovero in ospedale o Istituto di Cura a seguito di infortunio, l'Assicurato ha diritto all'indennità garantita per ogni giorno di ricovero completo, con il limite massimo di 300 giorni per anno assicurativo.

Qualora il ricovero sia superiore a tre giorni, l'Impresa corrisponde per la successiva convalida l'indennità giornaliera pattuita per un numero di giorni uguale a quello della degenza ospedaliera con un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'infortunio renda necessaria l'applicazione di un'ingessatura, l'Assicurato ha diritto a percepire l'indennità giornaliera pattuita per tutta la durata dell'ingessatura stessa, con un massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

La garanzia opera, parimenti, anche per il periodo di ininterrotta applicazione di un apparecchio ortopedico immobilizzante effettuata da personale medico o paramedico in relazione al trattamento di una lesione fratturativa e/o lussativa radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica (oltre alla radiografia standard, ad es. anche TAC, risonanza magnetica, ecografia, ecc.).

È parificato ad ingessatura, con il massimo di 30 giorni per sinistro, il periodo di immobilità dovuto a frattura accertata, con le stesse modalità di cui sopra, delle ossa del bacino e della colonna vertebrale, con prescrizione di riposo a letto certificata dal medico curante.

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella da ingessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero ed assorbirà l'indennità giornaliera post-ospedaliera finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore.

Le indennità di cui sopra sono cumulabili con quella prevista per l'Inabilità temporanea fino alla concorrenza complessiva dell'importo specificato in polizza, salvo il diritto dell'Assicurato di percepire quella più elevata, se superiore a tale limite.

L'Impresa rimborsa, entro un anno dal verificarsi dell'infortunio e fino a concorrenza del massimale prescelto, le spese sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di protesi di qualsiasi genere)
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi

Ed in caso di ricovero in Istituto di Cura Pubblico e/o Privato, con o senza intervento chirurgico, le spese:

- per rette di degenza
- per gli onorari dei medici curanti
- per i medicinali
- per i diritti di sala operatoria
- per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro).

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a svolgere parzialmente o totalmente l'attività dichiarata in polizza, l'Impresa liquida - a titolo di rimborso per piccole spese - l'importo giornaliero indicato sul contratto, a decorrere dall'ottavo giorno dell'infortunio, con il massimo di 10 giorni per evento al netto della franchigia contrattuale. L'importo indicato in polizza rappresenta il limite massimo che l'Impresa indennizzerà per anno assicurativo.

Il rimborso viene corrisposto per gli infortuni che si verificano in Europa.

articolo 8

Rimborso spese mediche

articolo 9

**Assegno integrativo
per piccole spese**

cosa assicura in più:

garanzie comprese senza sovrappremio

articolo 10

Danni estetici

In caso di infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di polizza, che provochi lesioni integranti sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'infortunio, verranno riconosciute fino ad un importo pari al 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente, con il massimo indicato in polizza.

articolo 11

Commorienza genitori

Se in seguito ad infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte dei genitori se entrambi assicurati con la presente polizza, l'indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari in base al presente contratto, viene aumentata del 50%.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap, ancorchè maggiorenni (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75% secondo quanto disposto dalla legge 118/71).

Il cumulo delle somme pagate in eccedenza al capitale assicurato non potrà superare l'importo indicato in polizza per ogni persona deceduta.

articolo 12

Anticipo d'indennizzo

Su richiesta dell'Assicurato, in caso di infortunio con postumi invalidanti stimati dall'Impresa prevedibilmente non inferiori al 20%, verrà pagato un acconto pari al 50% del presumibile indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, con il massimo indicato in polizza.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio.

articolo 13

Lavori manuali nel tempo libero (non operante in caso di polizza "professionale" cod. 41)

Le garanzie si intendono estese agli infortuni derivanti all'Assicurato da lavori non rientranti nella sua attività professionale e da lui svolti occasionalmente nel tempo libero, in ambito domestico e senza fine di lucro, riguardanti attività di giardinaggio, orticoltura e ordinaria manutenzione della propria abitazione.

articolo 14

Decesso all'estero

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa rimborserà le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma, entro il limite del 20% del capitale assicurato per Morte, con il massimo indicato in polizza. In caso di decesso di più persone assicurate con la stessa polizza, a seguito del medesimo evento, l'Impresa ripartirà l'indennizzo proporzionalmente ai capitali assicurati per la garanzia morte e non sarà comunque tenuta a corrispondere somme superiori a quella specificata in polizza.

La presente garanzia non opererà nel caso in cui venisse attivata tramite **ELVIA** la garanzia "Trasferimento/Rimpatrio della salma".

clausole speciali

Clausole per l'Invalidità permanente

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

La tabella delle percentuali di invalidità permanente previste dall' articolo 4 (Invalidità permanente), si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa, ferme restando, però, le franchigie di cui all'articolo 5 (Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente).

articolo 15 (cod. 43)

Riferimento alle tabelle di legge per i casi di invalidità permanente (tabelle I.N.A.I.L.)

A parziale deroga dell'articolo 5 (Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente), si conviene fra le parti che si darà luogo all'indennizzo per invalidità permanente solamente quando questa sia di grado superiore alla percentuale d'invalidità indicata in polizza.

In tal caso verrà corrisposta all'Assicurato l'indennità per la parte eccedente la percentuale di cui sopra.

articolo 16 (cod. 45)

Franchigia assoluta di grado superiore sull'invalidità permanente

A parziale deroga dell'articolo 5 (Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente), sulla parte di somma assicurata rientrante nella fascia **A** indicata in polizza, in caso di invalidità permanente uguale o superiore a 10 punti percentuali, non verrà applicata la franchigia assoluta del 3%.

articolo 17 (cod. 46)

Franchigia variabile sull'invalidità permanente

**Invalidità permanenti
progressivamente
maggiorate**

A parziale deroga di quanto previsto dagli articoli 4 e 5 delle Condizioni di assicurazione, si conviene tra le parti che l'invalidità permanente verrà così liquidata:

- fino al 24% di invalidità permanente accertata: secondo i predetti articoli 4 e 5
- oltre il 24% come da tabella sottoriportata:

PERCENTUALI DI INVALIDITÀ

25	26								
26	28	41	57	56	93	71	138	86	183
27	30	42	59	57	96	72	141	87	186
28	32	43	61	58	99	73	144	88	189
29	34	44	63	59	102	74	147	89	192
30	36	45	65	60	105	75	150	90	195
31	38	46	67	61	108	76	153	91	198
32	40	47	69	62	111	77	156	92	201
33	42	48	71	63	114	78	159	93	204
34	44	49	73	64	117	79	162	94	207
35	46	50	75	65	120	80	165	95	210
36	48	51	78	66	123	81	168	96	213
37	50	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

accertata

liquidata

Il capitale assicurabile con il presente codice non può essere superiore a quello rientrante nella fascia **A**. In caso di capitale superiore, sulla parte eccedente sarà ripristinato il calcolo dell'invalidità permanente previsto dagli articoli 4 e 5 delle Condizioni di assicurazione.

Tuttavia, qualora il contratto preveda, per espressa volontà delle parti, l'operatività dell'articolo 43 "Adeguamento dei premi e delle somme assicurate al costo della vita", il limite relativo al capitale rientrante nella fascia **A** indicato in polizza si intende maggiorato della stessa percentuale di cui risulta aumentato il premio.

In deroga a quanto previsto dagli articoli 4 e 5 delle Condizioni di assicurazione, si conviene tra le parti che, in caso di infortunio che determini per la persona assicurata un'invalidità permanente accertata di grado superiore al 66% della invalidità permanente totale, l'Impresa liquiderà il 100% della somma assicurata.

articolo 19 (cod. 64)

Grandi invalidità

A parziale deroga di quanto previsto dagli articoli 4 e 5 delle Condizioni di assicurazione, si conviene tra le parti che, in caso di infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale, purché totale degli arti superiori o di parte di essi, l'Impresa liquiderà l'Invalidità permanente secondo le seguenti percentuali:

articolo 20 (cod. 65)

Supervalutazione delle invalidità permanenti degli arti superiori

- per la perdita dell' arto superiore	100%
- per la perdita della mano o dell' avambraccio	100%
- per la perdita del pollice	80%
- per la perdita della falange ungueale del pollice	40%
- per la perdita dell'indice	80%
- per la perdita della falange ungueale dell'indice	30%
- per la perdita del mignolo	40%
- per la perdita della falange ungueale del mignolo	15%
- per la perdita del medio o dell'anulare	20%
- per la perdita della falange del medio o dell'anulare	5%

In caso di infortunio con perdita di più dita, l'indennità verrà stabilita mediante la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Il massimale assicurabile con il presente codice non può essere superiore a quello indicato in polizza nella fascia **A**.

In caso di massimale superiore, sulla parte eccedente sarà ripristinato il calcolo dell'invalidità permanente previsto dagli articoli 4 e 5 delle Condizioni di assicurazione. Tuttavia, qualora il contratto preveda, per espressa volontà delle parti, l'operatività dell'articolo 43 "Adeguamento dei premi e delle somme assicurate al costo della vita", il limite relativo al capitale rientrante nella fascia **A** indicato in polizza si intende maggiorato della stessa percentuale di cui risulta aumentato il premio.

Dopo due annualità intere consecutive indenni da sinistri l'Impresa incrementerà in misura pari al 5% l' indennità riconosciuta per invalidità permanente.

articolo 21 (cod. 72)

Incremento dell'indennità per assicurati indenni da sinistri

Tale incremento aumenterà al 10% qualora le annualità intere consecutive indenni da sinistro siano almeno quattro.

Al verificarsi del primo sinistro l'indennità verrà nuovamente riferita alla somma assicurata in vigore.

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di assicurazione, e con un capitale garantito di invalidità permanente non inferiore a quello indicato in polizza, l'assicurato riportasse un'invalidità permanente del 100%, o di oltre il 66% in presenza della garanzia "Grandi invalidità", verrà costituita, a sua scelta e previa liquidazione del capitale assicurato con la presente polizza, una rendita vitalizia immediata mediante la stipulazione con l'Impresa di un contratto di assicurazione a premio unico (polizza Vita) strutturata in funzione delle esigenze specifiche del cliente.

articolo 22 (cod. 66)

Rendita vitalizia

Clausole per l'Inabilità temporanea

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

articolo 23 (cod. 40)

Inabilità temporanea in forma scalare

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 6 (Inabilità temporanea), si conviene tra le parti che l'indennità per inabilità temporanea indicata in polizza verrà corrisposta a partire dal 21° giorno d'incapacità lavorativa.

Dall'8° al 20° giorno l'indennità verrà invece corrisposta al 50% della somma assicurata.

articolo 24 (cod. 47)

Franchigia assoluta sull'inabilità temporanea

A parziale deroga dell'articolo 6 (Inabilità temporanea), si conviene fra le parti che l'indennizzo previsto per il caso di inabilità temporanea sarà corrisposto a partire dal giorno successivo a quello indicato in polizza.

Clausole particolari

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

articolo 25 (cod. 41)

Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi professionali

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1 (Oggetto dell'assicurazione), si precisa che le garanzie prestate dal presente contratto devono intendersi valide ed efficaci contro i soli infortuni avvenuti durante l'espletamento dell'attività professionale principale e secondaria dichiarata in polizza.

articolo 26 (cod. 79)

Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extra professionali

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1 (Oggetto dell'assicurazione), si precisa che le garanzie prestate dal presente contratto devono intendersi valide ed efficaci esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

articolo 27 (cod. 31)

Rischi sportivi

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo 2 (Esclusioni e delimitazioni), lettera l) p.ti 1 e 5, le garanzie assicurative vengono estese alla pratica di uno o più dei seguenti sport:

- atletica pesante
- bob
- equitazione
- football americano
- hockey
- immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua)

- lotta nelle varie forme
- pugilato (con esclusione della perdita dei denti)
- rugby
- scalata di qualsiasi tipo dal terzo grado in poi
- sci acrobatico
- sci alpinismo
- skeleton
- speleologia

In deroga a quanto previsto dall'articolo 6 (Inabilità temporanea), non vengono prestate garanzie per l'inabilità temporanea.

In deroga a quanto previsto dall'articolo 9 (Assegno integrativo per piccole spese) non viene garantita l'indennità giornaliera prevista a titolo di contributo al rimborso per piccole spese.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 5 (Determinazione dell'indennizzo da invalidità permanente), qualora l'infortunio derivi dallo svolgimento di una delle attività sportive sopra indicate ed il capitale per invalidità permanente rientri nel limite di quello previsto dalla fascia **A** indicata in polizza, non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità sia di grado pari o inferiore al 5%. Se la stessa risulterà superiore al 5%, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.

Per capitali superiori, resta fermo il criterio di liquidazione previsto dall'articolo 5 per la parte di somma assicurata eccedente il limite della fascia **A**.

Si conviene tra le parti di estendere la copertura assicurativa agli infortuni che dovessero verificarsi durante il tempo necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa, comunque accaduti entro un'ora dall'inizio o dal termine dell'orario di lavoro.

Per la presente estensione di garanzia, a maggior chiarimento di quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione, non è operante l'ultimo comma dell'articolo 5.

articolo 28 (cod. 73)

Rischio in itinere

A) Variazioni nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione della società Contraente con una o più società, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della società

articolo 29 (cod. 85)

Norme generali per le polizze cumulative aziendali

Contraente o di sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate vanno comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, all'Impresa, la quale, nei trenta giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

B) Variazioni nelle mansioni delle persone assicurate

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle mansioni professionali dichiarate per i singoli Assicurati o delle condizioni nelle quali dette mansioni sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione all'Impresa.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che l'Impresa non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che richieda un premio maggiore, l'Impresa può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, l'Impresa provvederà a ridurre proporzionalmente il premio a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.

C) Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto di dipendenza con il Contraente. Le variazioni nel personale assicurato vanno comunicate per iscritto all'Impresa la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

articolo 30 (cod. 86)

**Norme particolari
per l'assicurazione
in base all'ammontare
delle retribuzioni**

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato.

Per retribuzione si intende tutto quanto spetta effettivamente al dipendente, al lordo delle ritenute fiscali e di legge, a compenso delle sue prestazioni.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato percepisce nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. Tali somme, in quanto effettivamente corrisposte all'infortunato, verranno aggiunte alla retribuzione annuale (pagata ricorrentemente in ciascun mese) purchè su esse sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle evidenze amministrative e contabili del Contraente.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare all'Impresa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato affinché l'Impresa stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. La differenza attiva o passiva risultante dalla regolazione deve essere pagata entro quindici giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Impresa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può fissargli un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione e il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

L'Impresa ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non potrà comunque essere inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

garanzia assistenza

La garanzia assistenza è prestata dalla Centrale Operativa di Mondial Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, di seguito indicata col proprio marchio commerciale **ELVIA**.

Per consentire l'intervento immediato di **ELVIA**, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

Telefono 02/26.609.528
Linea Verde 800/559933
Telefax 02/70.630.091
Telex 314366 ELVIA I

Indicando con precisione:

- ▶ il tipo di assistenza di cui necessita;
- ▶ nome e cognome;
- ▶ numero della propria polizza;
- ▶ indirizzo e luogo da cui si chiama;
- ▶ eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, semprechè autorizzate dalla Centrale Operativa di **ELVIA**, dovrà essere inoltre accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

MONDIAL ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via Ampere, 30
20131 MILANO (MI)

NB.: Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- ▶ farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- ▶ comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice ABI e CAB.

articolo 31

Assistenza sanitaria

Il Lloyd Adriatico provvede, tramite **ELVIA**, se la relativa garanzia è stata richiamata in polizza, a fornire all'Assicurato la seguente assistenza sanitaria:

AL DOMICILIO

Consulenza sanitaria al domicilio

- Informazione ed orientamento telefonico

Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Guardia Medica di **ELVIA** è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il consulto è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- Consulenza sanitaria di Alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di Alta specializzazione in Italia e nel mondo, **ELVIA** mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite la Guardia Medica di **ELVIA** con uno specialista in:

- Dermatologia
- Cardiologia
- Dietologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Ortopedia
- Pediatria

a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa di **ELVIA**, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri convenzionati con la Società più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-strumentali richiesti.

I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato

Invio di un medico

(prestazione fornita con un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo)

Quando l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi e non riesce a reperire il suo medico curante, **ELVIA** provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, **ELVIA** organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un pronto soccorso.

Validità territoriale: Italia

Trasporto in ambulanza

(prestazione fornita con un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo)

Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con la Guardia Medica di **ELVIA** l'Assicurato necessita di un trasporto in ambulanza, **ELVIA** organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, con il limite di 400 Km di percorso A/R.

Validità territoriale: Italia

Trasferimento ad un centro ospedaliero di Alta specializzazione

Quando, in seguito ad un infortunio o malattia improvvisa, non curabili nell'ambito delle strutture sanitarie nazionali e di complessità tale da richiedere, a giudizio dei medici curanti in accordo con la Guardia Medica di **ELVIA**, il trasferimento dell'Assicurato in un centro ospedaliero di Alta specializzazione, **ELVIA** provvede ad organizzare il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

I costi del trasferimento resteranno a carico della Società fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per evento e per anno assicurativo.

Non esistono limiti territoriali alla presente garanzia.

Traduzione della cartella clinica

In caso di applicazione della garanzia "Trasferimento ad un centro ospedaliero di Alta specializzazione" ovunque nel mondo, **ELVIA** provvede alla traduzione della "Cartella Clinica" dell'Assicurato per permettere ai medici del Centro di destinazione l'immediata presa a carico della patologia diagnosticata. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico di **ELVIA**, dall'Italiano all'Inglese, Francese, Tedesco e/o Spagnolo.

Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa 675/96; pertanto l'Assicurato dovrà fornire, in allegato alla documentazione medica, una liberatoria nei confronti di **ELVIA**, onde permettere la comunicazione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera

Quando, in seguito ad utilizzo della prestazione "Trasferimento ad un centro ospedaliero di Alta specializzazione", l'Assicurato dimesso dopo ricovero ospedaliero non è in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente, **ELVIA** organizza il suo rientro al domicilio tenendo a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza con il mezzo ritenuto più idoneo dalla propria Guardia Medica.

Il trasporto può essere effettuato con:

- ambulanza;
- treno (se necessario vagone letto);
- aereo di linea (anche barellato).

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.

Non esistono limiti territoriali alla presente garanzia.

IN VIAGGIO

Viaggi e medicina

In caso di necessità, **ELVIA** mette a disposizione la propria Equipe Medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un paese a rischio sanitario;
- consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'Estero.

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato in viaggio è ricoverato in ospedale o casa di cura, **ELVIA**, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa 675/96, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti di **ELVIA**, onde permettere la comunicazione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, **ELVIA** mette a disposizione un interprete, tramite la propria Centrale telefonica o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto **ELVIA** si assumerà i relativi costi entro un massimo indicato in polizza per evento e per anno assicurativo.

Validità territoriale: Mondo intero

Invio medicinali all'estero

Quando i medicinali, regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa di **ELVIA** non vi sono specialità medicinali equivalenti nel paese straniero in cui si trova l'Assicurato, **ELVIA**, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto, e si assumerà i relativi costi entro un massimo indicato in polizza.

A carico dell'Assicurato resta, oltre al costo dei medicinali anche la differenza per quanto concerne il trasporto degli stessi.

Validità territoriale: Mondo intero

Rientro sanitario

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio in Italia, accertate dalla Guardia Medica di **ELVIA** in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo tra-

sporto in un centro ospedaliero attrezzato vicino al proprio domicilio o al domicilio stesso, o se l'Assicurato, in seguito a dimissione ospedaliera, deve essere trasportato al proprio domicilio, **ELVIA** organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- ambulanza
- treno (se necessario vagone letto)
- aereo di linea con eventuale barella
- aereo sanitario
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **ELVIA** ha la facoltà ed il diritto di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

Validità territoriale: Italia

Rimpatrio sanitario

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero accertate dalla Guardia Medica di **ELVIA** in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, **ELVIA** organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che la Guardia Medica di **ELVIA** giudica più idoneo.

Il trasporto può avvenire solo se organizzato dalla Guardia Medica di **ELVIA**, che prende in considerazione, tenendo presenti le esigenze di ordine medico, la scelta del mezzo di trasporto più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- autoambulanza
- treno (se necessario vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale in tutto il Mondo o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

ELVIA ha la facoltà e il diritto di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

Validità territoriale: Estero

Rimpatrio figli minori

Quando, in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 48 ore, o di suo decesso, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, **ELVIA** provvede a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

Validità territoriale: Estero

Anticipo denaro per spese mediche

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, richiede un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad infortunio o malattia, e prescritte da un medico sul posto, **ELVIA** anticipa una somma di denaro con il massimo indicato in polizza, previa adeguata garanzia bancaria.

Validità territoriale: Estero

Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio o malattia improvvisa avvenuti fuori dalla propria Regione di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 10 giorni, **ELVIA**, mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto. Validità territoriale: Mondo intero

Spese di soggiorno per un familiare

Quando in caso di infortunio o malattia improvvisa avvenuti fuori dalla propria Regione di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 10 giorni, **ELVIA**, preventivamente contattata, provvederà ad organizzare il soggiorno di un familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese d'albergo relative a pernottamento e prima colazione fino all'importo massimo indicato in polizza al giorno ed a persona, e con il limite massimo complessivo, pure indicato in polizza, per evento e per anno assicurativo. Validità territoriale: Mondo intero

Invio di un medico

Quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita di una visita medica, **ELVIA** provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un Medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del Medico e, qualora le circostanze lo rendano necessario, **ELVIA** organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tali prestazioni, nel territorio italiano, vengono erogate quando non sia reperibile il medico curante dell'Assicurato. Validità territoriale: Mondo intero

Trasporto in ambulanza

Quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita, a parere del medico curante in accordo con la Guardia Medica di **ELVIA**, di un trasferimento in ambulanza al più vicino ospedale, **ELVIA** provvede ad organizzare il servizio. Validità territoriale: Mondo intero

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del Comune di residenza, **ELVIA** si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, **ELVIA** vi provvede a proprie spese. Validità territoriale: Mondo intero

**Esclusioni, delimitazioni
e precisazioni della
garanzia assistenza**

1. Relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, l'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'intervento.
2. Sono escluse prestazioni richieste in dipendenza di:
 - esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
 - guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
 - terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
 - dolo dell'Assicurato;
 - abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e malattie croniche;
 - gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive, qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
 - patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
 - suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- le spese di ricerca in montagna, in mare e nei deserti;
 - le prestazioni in quei Paesi che si trovino in stato di belligeranza o che comunque presentino situazioni interne e/o internazionali tali da rendere impossibile la prestazione di assistenza.
3. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, **ELVIA** non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.
 4. Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di **ELVIA** derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.
 5. A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1910 del C. C., all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente ad **ELVIA** nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.
 6. Per tutto quanto qui non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del Codice Civile.

Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

in caso di infortunio

COSA DEVE FARE L'ASSICURATO:

1. presentare denuncia del sinistro all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o all'Impresa entro 3 giorni dall'infortunio o dal ricovero o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi beneficiari ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché la descrizione delle modalità di accadimento;
2. corredare la denuncia con un referto medico attestante il tipo di lesione e l'eventuale necessità del ricovero o dell'intervento, nonché fornire ogni informazione e dati quanto più dettagliati possibile, anche per agevolare l'Impresa in un intervento tempestivo e adeguato alle esigenze del singolo caso;
3. fornire copia delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria, relative a degenze conseguenti all'infortunio denunciato, nonché ai precedenti fatti morbosi di interesse medico legale. In caso di morte dell'Assicurato tale obbligo si intende esteso agli aventi diritto.

COSA DEVE FARE L'IMPRESA:

ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida le indennità che risultino dovute a termini di polizza entro 15 giorni dall'accettazione degli aventi diritto.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente 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.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di cui all'articolo 4 (Invalidità permanente), sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Ferma restando la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie che dovessero sorgere tra le parti potranno essere decise - previo accordo scritto tra le parti stesse - a mezzo di arbitrato rituale o irrituale.

Salvo diversa pattuizione, l'arbitrato avrà luogo nella città sede di Tribunale più vicina alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti si accollerà gli oneri e le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo, salvo che le stesse non abbiano previsto una diversa regolazione. In caso di arbitro unico, ove le parti non abbiano diversamente concordato, gli oneri e le spese dell'arbitrato saranno pariteticamente suddivise.

articolo 33

Denuncia di sinistro

articolo 34

Criteri di indennizzabilità

articolo 35

Procedimento arbitrale

norme generali

articolo 36

**Dichiarazioni relative alle
circostanze del rischio:
aggravamento o
diminuzione del rischio**

Qualora il Contraente, al momento della stipulazione del contratto, renda dichiarazioni inesatte o incomplete relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, oppure successivamente ometta di comunicare ogni variazione delle circostanze stesse che comporti un aggravamento del rischio, l'indennizzo non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato (artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Impresa è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (articolo 1897 del Codice Civile).

articolo 37

Pagamento del premio

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze. Il pagamento di tutte le somme dovute dal Contraente in forza del presente contratto è dovuto alla sede legale dell' Impresa. Si concorda comunque che ogni pagamento, purché eseguito dal Contraente entro il termine di scadenza dell'obbligazione presso l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, costituisce atto liberatorio.

articolo 38

Diritto di recesso

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo ciascuna delle parti avrà diritto di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Nel caso in cui a recedere sia l'Impresa verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa soltanto l'imposta.

articolo 39

Servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni, ad esclusione dell'inabilità temporanea.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per il Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa.

L'assicurazione non comprende inoltre gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dalla Repubblica Italiana, fermo il diritto per il Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione per un periodo massimo di 12 mesi. Nel caso di risoluzione, spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere il prolungamento dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni. Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale del premio.

Non sono assicurabili le persone affette da esiti di lesioni cerebrali vascolari, da manifestazioni croniche di tossicoalcolismo, nonché da pregresso o in atto stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, quelle affette da schizofrenia, da forme maniaco-depressive, da stati paranoidi, da sindromi organiche cerebrali o da altre patologie psicotiche. Qualora una o più delle malattie o delle affezioni soprarichiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'articolo 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'articolo 36 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio).

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la medesima polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo indicato in polizza. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

Le somme assicurate ed il premio sono ancorati alle variazioni dell'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'indice iniziale sarà quello di febbraio dell'anno in corso per le polizze con decorrenza nel secondo semestre e dell'anno precedente per le polizze con decorrenza nel primo semestre.

Pertanto, alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno eccedente il 5% rispetto all'indice iniziale od a quello dell'adeguamento precedente, le somme assicurate e il corrispondente premio verranno aumentati o ridotti in proporzione.

L'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua e comunque solo se sarà stata rilasciata al Contraente l'apposita quietanza aggiornata in

articolo 40

Limiti di età

articolo 41

Persone non assicurabili

articolo 42

Infortunio catastrofale

articolo 43

Adeguamento dei premi e delle somme assicurate al costo della vita

base al nuovo indice di riferimento, che sarà quello del mese di febbraio precedente di almeno cinque mesi la scadenza della rata annua.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate e il premio vengano a superare di almeno la metà gli importi inizialmente stabiliti, entrambe le parti hanno facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate e il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

La presente clausola non è operante se non è espressamente richiamata nel contratto.

articolo 44

Altre assicurazioni

L'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto all'Impresa la stipulazione di altre polizze per il medesimo rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, l'Impresa non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato è tenuto a darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

articolo 45

Proroga dell'assicurazione

Salvo indicazione contraria in polizza o in mancanza di disdetta, spedita mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, quest' ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

articolo 46

Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione spettante in base all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

articolo 47

Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione vanno provate per iscritto.

articolo 48

Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo

articolo 49

Oneri fiscali

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

articolo 50

Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

definizioni

▶ ASSICURATO	Soggetto destinatario delle prestazioni assicurative
▶ ASSICURAZIONE	Insieme di garanzie prestate all'Assicurato tramite la polizza
▶ BENEFICIARIO	Persona cui è devoluta la somma prevista per il caso morte
▶ CONTRAENTE	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione
▶ IMPRESA	Lloyd Adriatico SPA
▶ INDENNITÀ (INDENNIZZO)	Somma riconosciuta dall'Impresa in caso di sinistro
▶ INFORTUNIO	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili
▶ INFORTUNIO PROFESSIONALE	Quello che si verifica durante lo svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate
▶ INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE	Quello che si verifica durante lo svolgimento di ogni attività di natura non professionale
▶ INVALIDITÀ PERMANENTE	Perdita o diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di ogni e qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione
▶ INABILITÀ TEMPORANEA	Perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate
▶ MORTE	Decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio, che avvenga entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto
▶ POLIZZA	Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione
▶ PREMIO	Prezzo delle garanzie assicurative, il cui pagamento è indispensabile per rendere efficace la polizza
▶ RICOVERO	Degenza comportante pernottamento in istituto di cura
▶ RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro
▶ SINISTRO	Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

norme di legge

articoli del codice civile richiamati in polizza

articolo 1892

**Dichiarazioni inesatte
e reticenze con dolo
o colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

articolo 1893

**Dichiarazioni inesatte e
reticenze senza dolo
o colpa grave**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

articolo 1894

**Assicurazione in nome o
per conto di terzi**

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

articolo 1897

Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla

comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

articolo 1898

Aggravamento del rischio

articolo 1901

Mancato pagamento del premio

articolo 1910

**Assicurazione presso
diversi assicuratori**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato è tenuto a dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato è tenuto a darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

articolo 1913

**Avviso all'assicuratore
in caso di sinistro**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

articolo 1916

**Diritto di surrogazione
dell'assicuratore**


L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.





LLOYD ADRIATICO S.P.A.

Italia - 34123 Trieste - Largo Ugo Imeni, 1 - Tel. 040 77811 - Fax 040 7781 311
Capitale Sociale € 60 milioni int. vers. - REA Trieste n. 24824
Reg. Impr. Trieste n. 00104230321 - P. IVA e Cod. fisc. 00104230321
www.lloydadriatico.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 20 maggio 1946 (G.U. 5/7/46 n. 148).