

Fascicolo Informativo

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
DEL RAMO DANNI**

**ASSICURAZIONE
INFORTUNI VIAGGI**

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

■ Informativa ex art.13
del D.lgs.196 del 30/6/2003

■ Nota Informativa

■ Glossario

■ Condizioni di assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione del contratto**

*Prima della sottoscrizione leggere
attentamente la Nota Informativa*



Vittoria
Assicurazioni

Nota Informativa (Regolamento ISVAP 35/2010)	pag. 2
Informativa ex art.13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n.196	
Trattamento dei dati personali per finalità assicurative	pag. 10
Modalità d'uso dei dati personali	pag. 11
Diritti dell'interessato	pag. 12
1 - Glossario	pag. 13
2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 14
3 – Premessa, rischi e conseguenze di infortunio che si intendono assicurati, limiti di massimo indennizzo	pag. 17
4 – Condizioni Aggiuntive (Estensioni di garanzia valide senza sovrappremio)	pag. 21
5 – Esclusioni	pag. 22
6 – Franchigie operanti esclusivamente per la garanzia opzionale “Infortuni a terra”	pag. 23
7 – Condizioni che regolano il caso di Sinistro	pag. 24

Nota Informativa (Regolamento ISVAP 35/2010)

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Anche se sono illustrate le caratteristiche essenziali del prodotto assicurativo, la presente Nota informativa non sostituisce le condizioni di polizza di cui il Contraente deve prendere visione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

1. Informazioni Generali

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni

Sede e Direzione: Italia, 20153 Milano, Via Caldera n. 21

Telefono +39 02 48 21 91 - Fax +39 02 48 21 95 71

Sito web: www.vittoriaassicurazioni.com

Posta elettronica: info@vittoriaassicurazioni.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L n. 966 del 29/4/1923 e del successivo decreto ministeriale del 26 novembre 1984

Codice Fiscale e numero d'iscrizione del Registro Imprese di Milano 01329510158

R.E.A. N. 54871

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014 - iscritta all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa*

Il patrimonio netto di Vittoria Assicurazioni S.p.A. ammonta a 261,708.981 milioni di euro di cui 65,788.948 milioni a titolo di capitale sociale interamente versato e 195,920.033 milioni di euro a titolo di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione rami danni è pari a 1,8 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

* dati riferiti all'ultimo bilancio approvato, espressi in milioni di euro.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può avere durata annuale, con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Avvertenza

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 60 giorni* prima della scadenza contrattuale, impedendo così il tacito rinnovo del contratto. (*30 giorni qualora il contratto sia stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo)

Termini e modalità per l'esercizio della disdetta sono regolati dall'articolo 2.8 delle Condizioni Generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto qui descritto consiste in un'assicurazione che indennizza gli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero.

La copertura può essere prestata nelle forme di garanzia "a Viaggio" ed "a Tempo".

Nella forma "a Viaggio", la copertura opera per uno o due periodi di 24 ore (anche non consecutivi), la cui ora e data di effetto e termine vengono indicate in polizza. In alternativa, può essere riportato in polizza il n° di biglietto aereo identificativo del volo.

Nella forma "a Tempo", la copertura decorre e termina alle ore e nei giorni indicati in polizza.

È prevista la possibilità di assicurarsi per le conseguenze di infortunio da cui derivino Morte (decesso dell'Assicurato) ed Invalidità Permanente (riduzione permanente dell'attitudine dell'Assicurato a svolgere una qualsiasi attività).

Per i dettagli, si rimanda agli articoli 3.1, 3.3 e 3.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede Garanzie Opzionali, valide solo se richiamate in polizza.

In particolare, l'Assicurazione può essere estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante un viaggio mentre non si trova in volo (quindi nell'esercizio delle sue occupazioni professionali, escluso qualsiasi lavoro manuale, od anche nello svolgimento di ogni altra attività della vita privata che non abbia carattere professionale) ed al rimborso delle spese sanitarie conseguenti ad infortunio.

Tale estensione è valida solo se abbinata alla forma di garanzia "a Tempo", per una durata non superiore a tre mesi.

Per gli aspetti di dettaglio, rimandiamo all'articolo 3.1, paragrafo "Garanzia Opzionale Infortuni a terra", delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede altresì Condizioni Aggiuntive sempre operanti.

Per gli aspetti di dettaglio delle Condizioni Aggiuntive rimandiamo dall'articolo 4.1 all'articolo 4.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Il contratto prevede casi di limitazione ed esclusione ovvero condizioni di sospensione delle coperture assicurative che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

In tema di limitazioni ed esclusioni, si rimanda a quanto previsto nel dettaglio dagli articoli 3.1, 3.2, 4.1, 5.1.

Ulteriori limitazioni ed esclusioni sono poi previste nelle singole Garanzie.

Per quanto concerne i casi di sospensione della garanzia, si rimanda all'articolo 2.3 delle Condizioni di Assicurazione ed alle previsioni dell'art. 1901 del Codice Civile.

Avvertenza

Il contratto prevede la presenza di franchigie, scoperti e massimali.

Si rimanda per gli aspetti di dettaglio agli articoli 3.1, 6.1, 6.2, 6.3.

Ulteriori franchigie, scoperti e massimali sono poi previsti nelle singole Garanzie.

Per una maggiore comprensione riportiamo di seguito alcune esemplificazioni numeriche volte ad illustrare il meccanismo di funzionamento degli istituti contrattuali sopra richiamati.

Massimale e somma assicurata: è la somma indicata nel contratto entro il cui limite l'Impresa si obbliga a rispondere nei confronti dell'assicurato nel caso si sia verificato un sinistro che riguardi le garanzie per le quali è prestata la copertura assicurativa.

Franchigie e scoperti: hanno lo scopo di evitare la gestione dei sinistri di lieve entità e di sensibilizzare l'attenzione dell'assicurato. Permettono, quindi, di contenere le spese di liquidazione e di ridurre il premio delle coperture.

La franchigia e lo scoperto rappresentano la parte dell'ammontare del danno che rimane a carico dell'assicurato.

La franchigia è costituita da un importo fisso, oppure è espressa in percentuale od in giorni, mentre lo scoperto è espresso in percentuale.

Esempio:

Franchigie per il caso di Invalidità Permanente (operanti esclusivamente per la garanzia opzionale "Infortuni a terra")

La franchigia viene espressa in percentuale e con riferimento ai postumi invalidanti riconosciuti:

- 3% sulla parte di somma assicurata fino ad € 103.295;
- 5% sulla parte di somma assicurata eccedente € 103.295 e fino a € 206.585;
- 10% sulla parte di somma assicurata eccedente € 206.585.

Non viene applicata alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino ad € 103.295 qualora si accertino postumi permanenti pari o superiori al 20%.

Non viene invece applicata alcuna franchigia sull'intera somma assicurata qualora si accertino postumi permanenti pari o superiori al 50%.

Esempio:

Somma assicurata: € 200.000

A) Postumi invalidanti accertati 3%

Indennizzo: non è dovuto alcun indennizzo in quanto il postumo invalidante rientra sempre in franchigia.

B) Postumi invalidanti accertati 30%

Indennizzo sui primi € 103.295: non si applica franchigia, quindi: € 103.295 X 30% = € 30.988,5

Indennizzo sul restante capitale assicurato pari a € 96.705: 30% - 5% = 25%;
€ 96.705 X 25% = € 24.176,25

Totale indennizzo: € 30.988,5 + € 24.176,25 = € 55.164,75

C) Postumi invalidanti accertati 55%

Indennizzo: non si applicano franchigie, pertanto è pari a € 200.000 x 55% = € 110.000

Franchigia per la garanzia Rimborso delle Spese Sanitarie (operanti esclusivamente per la garanzia opzionale “Infortuni a terra”)

Per questa garanzia, la franchigia viene espressa come importo fisso.

Per ogni Assicurato infortunato e per ogni sinistro l'indennizzo viene corrisposto deducendo dall'importo liquidabile una franchigia fissa di Euro 104.

Esempio:

Spese sostenute dall'Assicurato per ricovero e cure mediche resi necessari da infortunio a terra

€ 200.

Indennizzo: € 200 - € 104 = € 96.

Avvertenza

In accordo tra le Parti possono essere inseriti ulteriori limiti, esclusioni, massimali, franchigie e scoperti che saranno esplicitamente riportati sul simplo di polizza.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza

Il Contraente prende atto che eventuali dichiarazioni false, ingannevoli e/o reticenti sulle circostanze del rischio rese in occasione della stipulazione del contratto e/o in occasione del sinistro, legittimeranno l'impresa a respingere il danno o a riconoscerlo in misura ridotta fatta, salva la facoltà dell'Impresa di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Si rimanda agli articoli 2.1 e 2.2 delle Condizioni Generali di assicurazione nonché agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile per gli aspetti di dettaglio relativamente alle conseguenze.

Avvertenza

Il presente contratto non prevede specifici casi di nullità a termini di legge.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento o diminuzione di rischio e delle variazioni nella professione, ai sensi degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile.

In particolare, in caso di “diminuzione del rischio”, ossia nel caso in cui, per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata, diminuisce la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, l'Impresa, a seguito della comunicazione del Contraente, a decorrere dalla scadenza di premio successiva alla suddetta comunicazione, applicherà una riduzione di premio, ma potrà recedere dal contratto entro due mesi dalla comunicazione medesima .

In caso di “aggravamento del rischio”, ossia nel caso in cui, per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata, aumenti in modo permanente la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, in misura tale

per cui, se l'impresa fosse stata a conoscenza di tale stato di cose al momento della stipulazione del contratto, non avrebbe prestato la garanzia o l'avrebbe stipulata a condizioni diverse, l'impresa a seguito della comunicazione del Contraente, può recedere dal contratto.

Nel caso si verifichi un sinistro prima che sia pervenuto l'avviso all'Impresa o prima che siano decorsi i termini per la comunicazione e l'efficacia del recesso, l'Impresa può non pagare l'indennizzo qualora l'aggravamento del rischio sia tale che la stessa non avrebbe prestato la copertura se il nuovo stato delle cose fosse esistito al momento della stipula del contratto oppure (nel caso l'Impresa avrebbe chiesto un premio maggiore al momento della stipula del contratto) ridurre l'importo dovuto secondo il rapporto tra il premio pagato e quello che sarebbe stato fissato se il maggior rischio fosse esistito al tempo della stipula del contratto.

6. Premi

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di 1 anno od inferiori, ed è interamente dovuto anche se è stato concordato il frazionamento in più rate.

A discrezione del Contraente il contratto può prevedere la possibilità di frazionare il premio in rate semestrali, applicando un aumento pari al 3%.

Avvertenza

L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di concordare frazionamenti del premio anche inferiori ai sei mesi e pagamenti in unica soluzione.

L'aumento di premio che sarà applicato nel caso di frazionamenti inferiori ai 6 mesi è il seguente:

- Frazionamento quadrimestrale: 4%
- Frazionamento trimestrale: 5%

Il versamento del premio viene effettuato direttamente in favore di Vittoria Assicurazioni S.p.A. od in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

E' possibile provvedere al pagamento del premio mediante:

assegno bancario o circolare N.T. intestati all'Impresa od all'intermediario;

- bonifico bancario;
- moneta elettronica
- pagamento in conto corrente postale;
- pagamento a mezzo contanti nei limiti previsti dalla normativa generale e di settore.

Avvertenza

L'impresa o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'impresa medesima.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il presente contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia in favore del Contraente sia in favore dell'Impresa.

Per gli aspetti di dettaglio e per le modalità e i termini di esercizio del diritto in questione si rimanda agli articoli 2.1, 2.2, 2.9, 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza. Come specificato all'art. 2.10, il Contraente, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

Nel caso di contratto poliennale il Contraente ha inoltre facoltà di recedere dal contratto, trascorso il quinquennio, senza oneri e con preavviso di 60 giorni con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono **in due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'assicurato può interrompere la prescrizione biennale tramite una semplice dichiarazione o richiesta fatta per iscritto. L'interruzione della prescrizione può avvenire anche attraverso il riconoscimento del diritto dell'Assicurato da parte dell'Impresa.

Cause di decadenza dei diritti derivanti dal contratto è il mancato rispetto dei termini di presentazione della denuncia di sinistro, nonché la mancata comunicazione dell'esistenza di altra Assicurazione della stessa natura di quella in oggetto.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli articoli 2.2 e 7.1 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto, **in base all'art. 180 del D. Lgs. 209/2005**, è quella italiana.

11. Regime fiscale

Di seguito viene illustrato il regime fiscale applicabile al contratto dalla normativa in vigore al momento della redazione della presente Nota Informativa.

Tassazione del Premio

Il premio versato sul presente contratto è gravato di un'imposta a carico del Contraente, pari all'importo indicato nel contratto di assicurazione nello specifico campo.

Detrazione Fiscale

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di Morte e di Invalidità Permanente danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente, alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

La denuncia dell'infortunio, corredata di certificato medico in originale, deve essere presentata alla

Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio, direttamente dall'Assicurato o dal Contraente o, se l'evento è ignorato dal Contraente, quando l'Assicurato o gli aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonchè informare periodicamente l'Impresa sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati sono a carico dell'Assicurato

Per gli aspetti di dettaglio, rimandiamo all'articolo 7.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio relativi alle procedure liquidative, rimandiamo all'articolo 7.3 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Reclami

Fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Caldera, n. 21 - 20153 Milano (fax 02 / 48.20.47.37 - tel. 02 / 482.199.53 - e-mail servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'ISVAP, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti:

- a) l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 Settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni - e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b) le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

In particolare i reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'ISVAP provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;
- b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'ISVAP provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB - via G.B. Martini 3 - 00198 Roma;
- d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - via in Arcione 71 - 00187 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'ISVAP provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

14. Arbitrato

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni, oppure sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, è prevista per le Parti la possibilità di ricorrere ad Arbitrato.

In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Medico, mentre le spese del terzo Medico sono ripartite a metà.

Per il dettaglio si rimanda all'art. 7.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

E' comunque facoltà delle Parti ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Il Collegio Medico risiede nel comune – sede di Istituto di Medicina Legale – più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato.

Per eventuali aggiornamenti delle informazioni, non di carattere normativo, contenute nel Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito www.vittoriaassicurazioni.com.

Vittoria Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato

Roberto Guarena



Informativa ex art.13 del D.Lgs.196 del 30 giugno 2003

Codice in materia di protezione dei dati personali

In applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei suoi dati personali e sui Suoi diritti.

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative¹

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti² e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di Legge³ – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il **consenso** per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁴ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁵, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate, i dati, secondo i casi, possono e debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶.

¹ La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di Legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

² Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 6).

³ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro di cui al decreto Legislativo n.231 del 21/11/2007 e al decreto legislativo n. 109 del 22/6/2007 e successive modifiche. In adempimento alle suddette normative la Società è tenuta alla identificazione della clientela anche ai fini della individuazione delle operazioni anomale da segnalare all'UIF. Pertanto la mancata fornitura dei dati richiesti potrebbe determinare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

⁴ Sono i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, cioè quelli relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁵ Ad esempio i dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁶ Secondo il particolare rapporto di prestazione, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, clinica convenzionata; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge);
- ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati -, quali:

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Ad esclusione di quelli sensibili i dati raccolti come sopra descritto sono anche trattati dalla Società per finalità commerciali e di marketing, quali quelle di informazione e promozione di prodotti e servizi, di rilevazione della qualità dei servizi prestati o del grado di soddisfazione della clientela, di ricerche di mercato etc.: queste attività sono svolte direttamente dalla Società oppure da soggetti terzi, elencati in calce alla nota⁶, che svolgeranno per la Società le attività sopra descritte.

Al momento della stipulazione del contratto le verrà richiesta di prestare il suo consenso anche per queste finalità

Modalità d'uso dei dati personali

I dati sono trattati⁷ dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

- assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi atomici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione e/o retrocessione tra le imprese assicuratrici consorziate;
- assicurazioni R.C. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (Via Fatebenefratelli, 10 – Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
- CONSAP – Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 – Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile R.C. Auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, Il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita;
- commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri;
- ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 – Roma), ai sensi della Legge 12 agosto 1982, n. 576, e della Legge 26 maggio 2000, n.137;
- nonché altri soggetti, quali: UIF – Unità di Informazione Finanziaria – Banca d'Italia (Largo Bastia, 35 – Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della Legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellaria Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 – Roma), ai sensi del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38;
- CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della Legge 7 giugno 1974, n. 216;
- Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma), IMPDAI (Viale delle Province, 196 – Roma), INPGI (Via Nizza, 35 – Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605;
- Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato);
- Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per le finalità commerciali e di marketing i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti e da questo trattati: società del gruppo Vittoria (comprese le controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; altre imprese di assicurazione; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione, banche e SIM.

⁷ Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti potrà contattare la Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami, Via Caldera, n. 21 – 20153 Milano - (Tel. 02/48.21.99.53 – Fax 02/48.20.47.37 – e.mail: servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it)¹⁰.

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (si rimanda alla nota 6).

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di Legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

¹⁰ L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa.

Ai sotto elencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione

Impresa

l'importo che viene detratto dall'indennizzo/risarcimento per ciascun sinistro

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo e di soggiorno.

Ricovero

La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

2 – Condizioni Generali di Assicurazione

2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

2.2 - Assicurazioni concorrenti

Il Contraente deve dare comunicazione all'Impresa della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente.

L'Impresa, entro 30 giorni dalla comunicazione, può recedere dalla polizza con preavviso di 15 giorni (art. 1910 del Codice Civile).

Gli Assicurati, qualora non si identifichino con il Contraente, sono dispensati dal comunicare eventuali assicurazioni stipulate per rischi analoghi a quelli oggetto della presente polizza.

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori; ogni assicuratore corrisponde l'indennizzo secondo la propria polizza autonomamente considerata.

Decade dal diritto all'indennizzo il Contraente/Assicurato che:

- non abbia comunicato al momento della stipulazione della presente polizza l'esistenza di altre assicurazioni della stessa natura di quella in oggetto, in deroga alla dichiarazione riportata sul simple mod. PA 026.139;
- non comunichi la successiva stipulazione di altre assicurazioni della stessa natura di quella in oggetto.

L'Impresa, entro 30 giorni dalla comunicazione, può recedere dalla polizza con preavviso di 15 giorni.

2.3 – Pagamento del premio, decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio

L'assicurazione ha effetto dall'ora e dal giorno indicati sul simple di polizza mod. PA.026.139, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferma restando la decorrenza della polizza e la sua durata, nonché le scadenze stabilite per il pagamento delle eventuali rate successive alla prima. Per tali rate successive è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art. 1901 del Codice Civile). Dopo che sia trascorso inutilmente il 15° giorno di cui al precedente comma l'Impresa può, a sua scelta, dichiarare con raccomandata la risoluzione della polizza od esigere giudizialmente l'esecuzione del pagamento nei termini previsti dalla legge. Il premio è unico e indivisibile per sua natura e quindi è sempre dovuto per intero, anche quando per comodità di pagamento, ne sia stato concesso il frazionamento in più rate; il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso l'Impresa.

2.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

2.5 – Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Vittoria Assicurazioni S.p.A.

2.6 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere

adempiti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

2.7 – Competenza territoriale

Per le controversie relative alla presente polizza il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

2.8 - Proroga della polizza

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n° 99 del 23 luglio 2009, qualora la durata della polizza sia superiore a cinque anni l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Fermo quanto sopra, la polizza di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza medesima (30 giorni qualora il contratto sia stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo), è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

2.9 - Possibile recesso dalla polizza a seguito di pagamento di sinistro

Dopo ogni pagamento di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento, le parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

L'Impresa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Se la comunicazione di recesso è effettuata meno di 30 giorni prima di una scadenza di premio, il Contraente è esonerato dal corrispondere il premio e l'assicurazione cessa alla data di tale scadenza.

Qualora il premio venisse ugualmente corrisposto, il rateo di premio imponibile non goduto verrà dall'Impresa messo a disposizione del Contraente.

2.10 - Possibilità dell'impresa di adeguare le condizioni di premio in corso di polizza e conseguente diritto di recesso del Contraente

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza.

La variazione di premio è evidenziata sulla quietanza rilasciata al Contraente che, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora il Contraente non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

2.11 - Imposte e tasse

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

2.12 - Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.

3 - Premessa, rischi e conseguenze di infortunio che si intendono assicurati, limiti di massimo indennizzo

3.1 - Premessa e rischi assicurati

L'Impresa, in base alle dichiarazioni del Contraente e alle somme assicurate risultanti sul simplo di polizza mod. PA.026.139, nonché alle condizioni di seguito riportate, garantisce la corresponsione dell'indennizzo per infortunio subito dagli Assicurati durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero - non facente parte del personale aeronavigante -su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca dal momento in cui sale a bordo dell'aeromobile fino al momento in cui ne è disceso.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisce dal momento in cui entra nel piazzale di imbarco fino a quello in cui esce dal piazzale di sbarco. Nel caso di viaggio a tappe l'assicurazione vale anche per gli infortuni che possano occorrere all'Assicurato fino al momento dell'uscita dal piazzale di sbarco e riprende vigore dal momento in cui rientra nel piazzale di imbarco per continuare il viaggio; in caso di sospensione forzata del viaggio decisa dal Vettore aereo l'assicurazione continuerà ad avere vigore per tutta la durata del viaggio stesso, anche se questa supera il termine indicato sul simplo di polizza mod. PA.026.139.

Garanzia opzionale "Infortuni a Terra"

In base alle scelte effettuate dal Contraente al momento della stipulazione, risultanti sul simplo di polizza mod. PA.026.139, l'assicurazione può valere anche per la seguente garanzia opzionale.

Infortuni subiti dall'Assicurato mentre non si trova in volo e rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio

Nel limite, per ogni Assicurato, della metà delle somme assicurate per gli "Infortuni Aeronautici", con il massimo di:

- Euro 258.230 per il caso di morte e di
- Euro 258.230 per il caso di invalidità permanente totale,

l'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante un viaggio (nell'esercizio delle sue occupazioni professionali, escluso qualsiasi lavoro manuale, o anche nello svolgimento di ogni altra attività della vita privata che non abbia carattere professionale).

L'assicurazione vale anche, fino al limite di Euro 775 per ogni Assicurato e per anno assicurativo o minore periodo di durata della polizza, per il rimborso delle spese sanitarie conseguenti ad infortunio subito dall'Assicurato e sostenute:

- durante il ricovero in istituti di cura, con o senza intervento chirurgico, per rette di degenza, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), per cure e prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, apparecchi gessati e fasciature;
- prima e dopo un ricovero in istituti di cura, oppure senza ricovero e sostenute in centri specializzati, ospedalieri o non ospedalieri, per accertamenti diagnostici, interventi chirurgici ambulatoriali (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), per cure e prestazioni mediche, per apparecchi gessati e fasciature, trattamenti fisioterapici e rieducativi.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi in garanzia fino al 90° giorno successivo a quello di scadenza del contratto.

Limiti di massimo indennizzo

Se più Assicurati subiscono un infortunio nello stesso evento, l'esborso a carico

dell'Impresa non potrà superare la somma di:

- Euro 2.582.285 per la garanzia opzionale "Infortuni a Terra", qualora operante;
- Euro 6.455.715, complessivamente per aeromobile, relativamente agli infortuni aeronautici, restando inteso che in detto limite rientrano anche gli indennizzi riferentisi ad altri Assicurati per lo stesso rischio con altre eventuali polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Vittoria Assicurazioni S.p.A. Pertanto, qualora i predetti indennizzi calcolati per le singole polizze dovessero eccedere, nel totale, tale importo, gli stessi verranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali previsti sulle singole polizze stipulate con la Vittoria Assicurazioni S.p.A.

Compatibilmente ai rischi assicurati (soltanto "Infortuni Aeronautici", oppure anche "Infortuni a terra") sono sempre operanti:

- le Estensioni previste al successivo Capitolo 4;
- le Esclusioni previste al successivo Capitolo 5;
- le Franchigie previste al successivo Capitolo 6.

3.2 - Criteri di indennizzo per le conseguenze di infortunio e persone non assicurabili

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio stesso, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito per le persone non assicurate perché affette da particolari patologie.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Le persone con menomazioni fisiche, mutilazioni, postumi di pregresse malattie gravi e permanenti, sono assicurate soltanto con patto speciale.

3.3 - Caso di morte

In caso di infortunio che determini la morte dell'Assicurato l'Impresa corrisponde l'indennizzo ai beneficiari designati dall'Assicurato stesso o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta dall'Impresa soltanto se la morte derivante dall'infortunio, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica entro 2 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio stesso.

3.4 - Caso di invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo convenzionale riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati e tenendo conto, per la garanzia opzionale "Infortuni a Terra", delle franchigie riportate al Capitolo 6.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di: destro sinistro		
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	20%	18%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	10%	8%
- la falange ungueale del pollice	10%	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
- anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
- paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Amputazione 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%
- anchilosi del ginocchio in estensione		25%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica		15%
- paralisi completa dello SPE		15%
- un occhio		25%
- ambedue gli occhi		100%
- sordità completa di un orecchio		12%
- sordità completa di ambedue gli orecchi		60%
- stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
- esiti di frattura scomposta di una costa		1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cune di:		
una vertebra cervicale		12%
una vertebra dorsale		5%
12a dorsale		10%
una vertebra lombare		10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
- perdita anatomica di un rene		15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

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

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

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso di ernia che risulti compresa in garanzia (ernia traumatica e pertanto determinata da infortunio), l'indennizzo è riconosciuto **soltanto se l'ernia non risulta operabile; in questo caso l'Impresa riconoscerà postumi invalidanti fino al 10% della Invalidità Totale**, anche se l'ernia è bilaterale. Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 7.2.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

4 - Condizioni Aggiuntive

(Estensioni di garanzia valide senza sovrappremio)

4.1 – Rischi vari

Ferme restando le esclusioni previste all'art. 5.1 e compatibilmente alla copertura prescelta dal Contraente per l'Assicurato (solo "Infortuni Aeronautici", oppure anche "Infortuni a Terra"), sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- equitazione (**escluse gare e relative competizioni**);
- immersioni in apnea e con autorespiratore;
- pratica dell'idroski e dello sci (anche nelle zone appositamente attrezzate dei ghiacciai);
- esercizio di giochi e di attività sportive di pratica comune, purché a carattere dilettantistico o ricreativo **ed esclusi comunque quelli indicati all'art. 5.1**;
- uso e guida di autovetture, motoveicoli fino a 250 c.c., autocari, trattori e macchine agricole semoventi non targati, caravan, ciclomotori, mezzi subacquei ad uso turistico;
- uso di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato (terrestre o marittimo);
- malore o incoscienza.

L'assicurazione inoltre comprende, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile (inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave), nonché dell'art. 1912 (inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), gli infortuni derivanti da COLPA GRAVE dell'Assicurato e quelli derivanti da TUMULTI POPOLARI, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, nonché gli infortuni AVVENUTI ALL'ESTERO (**esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino**) DERIVANTI DA STATO DI GUERRA, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), 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.

Sono altresì considerati infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- le affezioni derivanti da morsi di animali, punture di aracnidi o di insetti escluse, per questi ultimi, quelle delle quali gli insetti sono portatori necessari.

4.2 - Accantonamento dell'indennizzo in caso di Responsabilità Civile del Contraente

Se la presente polizza è stata stipulata dal Contraente ad esclusivo titolo di liberalità, anche nel proprio interesse, quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 3.3 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile per le conseguenze dell'infortunio, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

4.3 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

4.4 - Estensione territoriale

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

5 - Esclusioni

5.1 - Esclusioni

Fermo restando che si intendono assicurati esclusivamente i rischi in base alle scelte effettuate dal Contraente al momento della stipulazione, risultanti sul simple di polizza mod. PA.026.139, in ogni caso la presente polizza "Assicurazione Infortuni Viaggi" non prevede assicurazione per gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- a) uso e/o guida di motoveicoli di cilindrata superiore a 250 c.c., di trattori e macchine agricole semoventi targati, mezzi subacquei (salvo quelli ad uso turistico), aerei (salvo quanto precisato all'art. 3.1 - Premessa e rischi assicurati, per gli infortuni subiti in qualità di passeggero di aeromobili);
- b) uso e/o guida di veicoli o natanti a motore, nella partecipazione a corse, gare (e relative prove, collaudi, allenamenti), salvo che si tratti di regolarità pura;
- c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta da non oltre 120 giorni e a condizione che l'Assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- d) affezione, intossicazione, contagio;
- e) inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- f) azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
- g) pratiche sportive ad elevato rischio infortunistico, ove non risultino ammesse ai Giochi Olimpici, per qualsiasi motivo, dal Comitato Internazionale Olimpico, nonchè, comunque, la pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme (e quindi anche arti marziali), alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai (salvo, in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero ed altri simili), sci acrobatico (e quindi anche "sci estremo" e "sci - alpinismo"), bob, hockey, rugby, football americano;
- h) partecipazione a gare e corse, nonchè alle relative prove, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere esclusivamente ricreativo;
- i) pratica di sport a titolo remunerativo.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- j) che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- k) conseguenti a stato di etilismo acuto, ad abuso di psicofarmaci, ad uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- l) subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato;
- m) occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo;
- n) causati da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio, e le ernie di origine non traumatica non rientrano nella garanzia prestata.

6 - Franchigie operanti esclusivamente per la garanzia opzionale “Infortuni a terra”

6.1 - Franchigie per Invalidità Permanente Parziale inferiore al 50% della Totale

L'indennizzo per Invalidità Permanente Parziale inferiore al 50% della Totale viene corrisposto come segue:

- sulla parte di somma assicurata fino a Euro 103.295 non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità Permanente Parziale pari o inferiore al 3% della Totale, se l'Invalidità Permanente Parziale è inferiore al 20% della Totale (in questo caso viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente il 3%); se l'Invalidità Permanente Parziale è pari o superiore al 20% della Totale, sulla predetta parte di somma assicurata l'indennizzo è dovuto senza applicazione della franchigia del 3%;
- sulla parte oltre Euro 103.295 e fino a Euro 206.585 di somma assicurata:
 - per Invalidità Permanente Parziale pari o inferiore al 5%, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente Parziale superiore al 5%, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di Invalidità Permanente eccedente il 5%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente Euro 206.585:
 - per Invalidità Permanente Parziale pari o inferiore al 10%, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente Parziale superiore al 10%, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di Invalidità Permanente eccedente il 10%.

6.2 - Franchigie per Invalidità Permanente Parziale pari o superiore al 50% della Totale

Le franchigie di cui al precedente art. 6.1 non si applicano qualora il grado liquidabile di Invalidità Permanente Parziale, tenuto conto anche di quanto disposto all'art. 3.2 in merito ai criteri di indennizzo in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti, sia pari o superiore al 50% della Totale.

6.3 - Franchigia per la garanzia Rimborso delle Spese Sanitarie

Per ogni Assicurato infortunato e per ogni sinistro l'indennizzo viene corrisposto deducendo dall'importo liquidabile una franchigia fissa di Euro 104.

7 - Condizioni che regolano il caso di Sinistro

7.1 - Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi - Documentazione da presentare

La denuncia dell'infortunio, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale, deve essere fatta alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio, direttamente dall'Assicurato o dal Contraente o, se l'evento è ignorato dal Contraente, quando l'Assicurato o gli aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonchè informare periodicamente l'Impresa sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'Impresa, mediante telegramma o lettera raccomandata. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati sono a carico dell'Assicurato.

L'inosservanza dolosa degli obblighi innanzi indicati comporta la perdita del diritto all'indennizzo; se l'inosservanza è colposa l'indennizzo è ridotto in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa. L'Impresa non è tenuta a corrispondere anticipi sull'indennizzo.

7.2 - Controversie e arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, le parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

7.3 - Pagamento dell'indennizzo e polizza in coassicurazione

Il pagamento dell'indennizzo è eseguito, in Euro, presso la sede dell'Impresa o dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dalla data della liquidazione. Nel caso in cui il rischio relativo alla presente polizza sia ripartito in quote fra più Imprese, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla polizza, esclusa ogni responsabilità solidale.

Per la garanzia "rimborso delle spese sanitarie" il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione di fotocopia della cartella clinica completa (in caso di

ricovero), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Impresa corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello da corrispondere per il caso morte, ove questo sia superiore; non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

7.4 - Morte presunta

Compatibilmente alla copertura prescelta dal Contraente per l'Assicurato ("Infortuni Aeronautici", oppure anche "Infortuni a Terra"), l'Impresa indennizza la somma assicurata per il caso di morte se l'Assicurato scompare quando si trova su un mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo - per il cui uso o guida la garanzia risulti operante - e si presume che sia avvenuto il decesso conseguente a caduta (oppure arenamento, affondamento o naufragio) del mezzo di trasporto. In questi casi l'indennizzo ai beneficiari avverrà:

- trascorsi almeno 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile;
- sempreché nel frattempo non siano emersi elementi tali da rendere non indennizzabile l'infortunio.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, l'Impresa avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, da parte dei beneficiari o per loro conto dall'Assicurato, l'Assicurato medesimo potrà fare valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente riportata nell'evento di cui sopra.



Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 65.788.948 INT. VERS.
PART. IVA 01329510158 - COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI
MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20153
MILANO - VIA CALDERA, 21 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI
ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZIONE I N.1.00014
CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008



Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 65.788.948 INT. VERS.
PART. IVA 01329510158 - COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI
MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20153
MILANO - VIA CALDERA, 21 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI
ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZIONE I N.1.00014
CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008