



Fascicolo Informativo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
DEL RAMO DANNI

GUIDA SICURA

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. 9
Modalità d'uso dei dati personali	pag. 10
Diritti dell'interessato	pag. 11
1 - Glossario	pag. 12
2 - Oggetto dell'Assicurazione	pag. 13
3 - Garanzie aggiuntive	pag. 16
4 - Franchigie	pag. 17
5 - Estensioni di garanzia	pag. 18
6 - Esclusioni dalla garanzia	pag. 19
7 - Condizioni che regolano il Caso di Sinistro	pag. 20
8 - Condizioni generali di assicurazione	pag. 22

Nota informativa

(Reg.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 30 giorni prima della scadenza contrattuale, impedendo così il tacito rinnovo del contratto (ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, in quanto il contratto è sempre stipulato da un "consumatore").

Termini e modalità per l'esercizio della disdetta sono regolati dall'articolo 8.2 delle Condizioni Generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto qui descritto consiste in un'assicurazione contro i rischi da infortunio, mentre l'Assicurato si trova alla guida di autovetture, purché gli infortuni siano conseguenti alla circolazione delle stesse; mentre esegue le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, in caso di incidente o di guasto improvviso all'autovettura che stava guidando; mentre sale o scende dal posto di guida, oppure durante le azioni dirette al salvataggio dell'autovettura e dei passeggeri.

È prevista la possibilità di assicurarsi per le conseguenze di infortunio da cui derivino Morte (decesso dell'Assicurato), Invalidità Permanente (riduzione permanente dell'attitudine dell'Assicurato a svolgere una qualsiasi attività), ricovero e gessatura, rimborso delle spese di cura sostenute per ricovero/intervento chirurgico od anche in assenza di ricovero.

Per i dettagli delle coperture si rimanda dall'articolo 2.1 all'articolo 2.3, agli articoli 3.1 e 3.2, dall'articolo 5.1 all'articolo 5.3 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 2.1, 5.1, 6.1.

Ulteriori limitazioni ed esclusioni sono poi previste nelle singole Garanzie.

Per quanto concerne i casi di sospensione della garanzia si rimanda all'art. 8.2 delle Condizioni Generali di assicurazione e 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 al Capitolo 4.

Ulteriori franchigie, scoperti e massimali sono poi previste 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:

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

Per questa garanzia la franchigia viene espressa in percentuale e con riferimento ai postumi invalidanti riconosciuti:

- non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente parziale pari o inferiore al 3% della totale;

- non viene applicata alcuna franchigia qualora si accertino postumi permanenti pari o superiori al 20%.

Esempio:

Somma assicurata: € 51.650

A) Postumi invalidanti accertati 3%

Indennizzo = non è dovuto alcun indennizzo in quanto il postumo invalidante è pari alla franchigia

B) Postumi invalidanti accertati 4%

Indennizzo: $4\% - 3\% = 1\%$; € 51.650 X 1% = € 516,50

C) Postumi invalidanti accertati 20%

Indennizzo: 20%; € 51.650 X 20% = € 10.330

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

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 8.1 e 8.5 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 variazione 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

A titolo esemplificativo, comunichiamo un esempio di aggravamento del rischio:

Al momento della stipula del contratto, l'Assicurato dichiara di essere in buona salute.

In corso di contratto l'Assicurato comunica di aver contratto l'AIDS.

Tale circostanza, costituisce per l'Impresa aggravamento di rischio per la quale essa non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

L'Impresa, pertanto, recede dal contratto, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Per il dettaglio si rimanda agli articoli: 2.1, 8.1 delle condizioni di assicurazione ed ai sopra citati articoli del Codice Civile.

6. Premi

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto.

La presente polizza non prevede la possibilità di frazionamento del premio.

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, 8.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza. Come specificato all'art. 8.3, 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.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 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 deve essere inoltrata, tramite avviso scritto, alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto.

Alla denuncia devono essere allegati una dettagliata descrizione dell'infortunio, corredata

di certificato medico in originale, fotocopia completa del documento di abilitazione alla guida ed il numero di targa dell'autovettura condotta dall'Assicurato al momento dell'infortunio.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato avviso nei termini di cui sopra all'Impresa, mediante telegramma o lettera raccomandata.

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

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire 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 relative ai certificati sono a carico dell'Assicurato.

Per gli aspetti di dettaglio relativi alle procedure liquidative, rimandiamo agli articoli 7.3, 7.4, 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 / 409.418.01 - 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.

Treatmento dei dati personali per finalità assicurative ¹

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.

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;

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".

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 nota (6), 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.

- 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:
 - * assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giuochi Istmi, 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 anticircolaggio di cui all'art. 13 della Legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario 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 Provincie, 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; W.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 inderettamente 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.

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 fornire 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. 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 (fax 02.48.20.47.37 - tel. 02.40.94.18.01 - e-mail servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it)¹⁰.

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.

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.

1 - Glossario

Ai sotto elencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

Il soggetto che stipula l'assicurazione per garantirsi nel caso di infortunio da lui subito alla guida di autovetture.

Autovetture

Si intendono le autovetture ad uso privato nonché, convenzionalmente, le "autocase" (autocaravan, camper).

Gessatura

L'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici inamovibili ed immobilizzanti, la necessità dei quali venga stabilita da Medici - Chirurghi.

Impresa

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio

È 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, oppure un ricovero in Istituto di cura, una gessatura.

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 - Oggetto dell'assicurazione

2.1 - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- mentre si trova alla guida di autovetture, purché gli infortuni siano conseguenti alla circolazione delle stesse;
- mentre esegue le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, in caso di incidente o di guasto improvviso all'autovettura che stava guidando;
- mentre sale o scende dal posto di guida, oppure durante le azioni dirette al salvataggio dell'autovettura e dei passeggeri.

L'assicurazione opera a condizione che l'Assicurato sia abilitato, in base alle disposizioni di Legge vigenti al momento del sinistro, alla guida dell'autovettura sulla quale ha subito l'infortunio, indipendentemente dalla causa che lo ha determinato.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le sole 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art.2.3 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

L'Impresa presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco depressive o stati paranoidei, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 8.1.

L'insorgere di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per l'Impresa aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato: l'assicurazione pertanto cessa al loro manifestarsi ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.

Sono sempre operanti:

- le Estensioni previste al successivo Capitolo 5;
- le Esclusioni previste al successivo Capitolo 6;
- le franchigie di cui al Capitolo 4.

2.2 - Caso di morte

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta dall'Impresa soltanto se la morte derivante da infortunio, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica **entro 2 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio** stesso. In mancanza di diversa disposizione il capitale viene liquidato agli eredi legittimi in parti uguali.

2.3 - 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 **della franchigia riportata al Capitolo 4**.

Casi di Invalidità Permanente

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione 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 sciatico-popliteo-esterno (SPE)	15%	
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
sordità completa da un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
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 metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di 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 mancinità, 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 stabilito come segue:

- se l'ernia è operabile l'Impresa corrisponderà una somma forfettaria pari a Euro 1.035;
- se l'ernia non risulta operabile, l'Impresa riconoscerà postumi invalidanti fino al 10% della Invalidità Permanente Totale.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione potrà essere 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.

3 - Garanzie Aggiuntive

3.1 - Diaria da ricovero e gessatura

In caso di ricovero in Istituto di cura reso necessario da infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, l'Impresa liquiderà l'intera somma assicurata per ogni giorno di ricovero, **per un periodo massimo di 40 giorni per anno assicurativo**.

L'indennizzo per il ricovero verrà corrisposto dal giorno del ricovero fino a quello dell'avvenuta dimissione.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Qualora l'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, comporti applicazione di gessatura, sarà corrisposta, **fino ad un massimo di 30 giorni per anno assicurativo**, una indennità pari alla diaria da ricovero per il periodo di inabilità senza ricovero durante il quale l'Assicurato sia stato portatore di gessatura.

L'indennità decorre dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura o dal giorno di applicazione ambulatoriale della gessatura e termina il giorno della sua rimozione.

Ai fini del computo dell'indennità di gessatura non si terrà conto del giorno di rimozione.

In caso di sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto, oltre ad essere tenuti agli adempimenti previsti dall'art. 7.1, devono presentare copia integrale della cartella clinica o un documento equivalente, in originale, rilasciato dal Centro Medico che ha effettuato l'intervento di gessatura e della sua rimozione.

3.2 - Rimborso delle spese sanitarie a seguito di infortunio

L'assicurazione vale anche, fino al limite per ogni sinistro indicato sul simple di 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**.

In ogni caso è escluso il rimborso dei tickets che restano a carico dell'Assicurato.

Caso di Invalidità Permanente

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 3% della totale: se l'invalidità permanente supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale.

Qualora il grado liquidabile di invalidità parziale, tenuto conto anche di quanto disposto all'art. 2.1 per i criteri di indennizzo in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti, sia pari o superiore al 20% della totale, non si applica la predetta franchigia del 3%.

5 - Estensioni della Garanzia

Sempreché l'infortunio avvenga quando l'Assicurato si trova alla guida dell'autovettura, l'assicurazione si estende ai rischi di seguito riportati.

5.1 – Estensioni varie

Ferme restando le Esclusioni di cui al successivo Capitolo 6, sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- malore o incoscienza;
- caduta di rocce - pietre - alberi e simili, valanghe e slavine.

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.

5.2 - Eventi parificati a infortuni

A parziale deroga della voce di glossario di "infortunio", sono altresì considerati infortuni:

- colpi di sole o di calore;
- l'asfissia di origine non morbosa;
- l'annegamento a seguito di un incidente occorso con l'autovettura condotta dall'Assicurato;
- l'assideramento o il congelamento.

5.3 - Estensione territoriale

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro, in Italia.

5.4 - 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.

6.1 - Rischi non assicurati

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- guida di autovetture nella partecipazione a corse, gare (e relative prove, collaudi, allenamenti), salvo che si tratti di regolarità pura, oppure guida di autovettura con caratteristiche difformi dalle prescrizioni della carta di circolazione;
- guida di autovetture 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;
- affezione, contagio;
- inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- avvenuti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- 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;
- 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.

7 - Condizioni che regolano il Caso di Sinistro

7.1 - Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio deve essere inoltrata, tramite avviso scritto, alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto.

Alla denuncia devono essere allegati:

- una dettagliata descrizione dell'infortunio, delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale;
- fotocopia completa del documento di abilitazione alla guida;
- numero di targa dell'autovettura condotta dall'Assicurato al momento dell'infortunio.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato avviso nei termini di cui sopra all'Impresa, mediante telegramma o lettera raccomandata.

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

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire 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 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 sede 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 dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione 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 - Documentazione da presentare e pagamento dell'indennizzo

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.

Per le garanzie "rimborso delle spese sanitarie" e "diaria da ricovero e gessatura" 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, per la garanzia "rimborso delle spese sanitarie", degli originali delle eventuali 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

L'Impresa indennizza il capitale previsto per il caso di morte anche qualora l'Assicurato scompaia quando si trovi alla guida di un'autovettura e si presuma che sia avvenuto il decesso conseguente a caduta (oppure affondamento) dell'autovettura medesima.

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.

8 - Condizioni Generali di Assicurazione

8.1 - 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 articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

8.2 - Decorrenza, durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data successiva; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Per le rate successive alla prima 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.

Qualora non intervenga una delle cause di cessazione previste dall'art. 2.1, 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.

8.3 - Facoltà dell'Impresa di modificare il 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.

8.4 - Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa.

8.5 - Altre assicurazioni

L'Assicurato è dispensato dal comunicare eventuali assicurazioni stipulate per rischi analoghi a quelli oggetto della presente polizza.

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

8.6 - 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 dell'Assicurato anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

8.7 - Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.





Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP SOC. EURO 66.789.949 INT. VERS.
PART. IVA 01929510159 COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI
MILANO N. 01929510159 - 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