

il contratto di assicurazione per la tutela della salute

Sara Difesa pronta

Polizza:

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Modello 100SDP edizione 11/2018

(Regolamento ISVAP n° 35 del 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.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza. Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società www.sara.it

Informazioni relative all'Impresa

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it
Indirizzo e-mail: info@sara.it - Indirizzo PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016

- Patrimonio netto: € 563.015.604
- Capitale sociale : € 54.675.000
- Totale delle riserve patrimoniali: € 447.971.297
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 2,39 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

INFORMAZIONI SPECIFICHE SUL CONTRATTO - GARANZIE INFORTUNI

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di patti contrattuali.

Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto è annuale e prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art. 25 "Proroga dell'assicurazione", della normativa di polizza.

Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Art. 1.1 Opzione Guida (Persona o Famiglia): l'assicurazione vale per gli infortuni subiti in conseguenza della circolazione
Garanzie : Morte, Invalidità permanente, Rimborso spese di cura, Tutela legale.

Art. 1.2 Opzione Extraprofessionale (Persona o famiglia) : La garanzia vale per i casi previsti dalla precedente art. 3.1 Opzione Guida nonché per gli infortuni subiti durante lo svolgimento di qualsiasi attività della vita privata non avente carattere professionale come attività del tempo libero in genere, esercizio di sport, passeggiate, gite e lavori domestici
Garanzie : Morte, Invalidità permanente, Rimborso spese di cura, Tutela legale.

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 12 Rischi esclusi dall'assicurazione, 18 Persone non assicurabili, 22 Pagamento del premio, 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 21 Altre assicurazioni, 14 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza.

La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli Artt. 4 Franchigia sulla Invalidità permanente , 5 Rimborso spese di cura, 9 garanzie speciali, 10 Somme assicurate, 11 Ripartizione somme assicurate, della normativa di polizza. Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione indennizzo 1:

Garanzie prestate:

Opzione Guida Persona TOP:

Si verifica un **sinistro alla guida di un veicolo**, indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- un'invalidità permanente totale accertata del 18%;
- spese per prestazioni sanitarie non avvenute durante il ricovero per un totale di € 1.500

Sulla TOP le somme assicurate sono : per Invalidità permanente (IP) € 200.000 per Spese sanitarie € 4.000.

Calcolo indennizzo Invalidità permanente (IP):

No franchigia per IP > al 10%

18% x 2.000 (200.000/100) = Indennizzo per IP **€ 36.000**

Calcolo indennizzo per Spese sanitarie da infortunio:

€ 1.500 -20% (scoperto previsto per spese fuori ricovero) = **€ 1.200**

Se fosse stata invece selezionata l'opzione Guida Famiglia (per un nucleo di due persone):

somma assicurata IP € 200.000/2 = € 100.000; per Rimborso spese di cura € 4.000/2 = € 2.000

No franchigia per IP > al 10%

18% x 1.000 (100.000/100) = Indennizzo per IP € 18.000

Per il Rimborso spese di cura in questo caso l'indennizzo sarebbe invariato.

Esempio di liquidazione indennizzo 2:

Garanzie prestate:

Opzione Guida Persona TOP:

Si verifica un **sinistro alla guida di un veicolo**, indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- un'invalidità permanente totale accertata del 7%;
- spese per prestazioni sanitarie avvenute durante il ricovero per un totale di € 1.000

Sulla TOP le somme assicurate sono : per Invalidità permanente (IP) € 200.000 per Spese sanitarie € 4.000.

Calcolo indennizzo Invalidità permanente:

no franchigia fino ad € 50.000 di somma assicurata :

7% x 500 (50.000/100) = Indennizzo € 3.500

Da € 50.000 di somma assicurata in poi franchigia 5% :

7% - 5 = 2 x (200.000 - 50.000/100) € 1.500 = € 3.000.

Indennizzo Invalidità permanente totale € 6.500

Calcolo indennizzo per Spese sanitarie da infortunio:

€ 1.000 (senza scoperto in quanto effettuate durante il ricovero per l'infortunio)

Se fosse stata invece selezionata l'opzione Guida Famiglia (per un nucleo di due persone):

somma assicurata IP € 200.000/2 = € 100.000; per Rimborso spese di cura € 4.000/2 = € 2.000

no franchigia fino ad € 50.000 di somma assicurata :

7% x 500 (50.000/100) = Indennizzo € 3.500

Da € 50.000 di somma assicurata in poi franchigia 5% :

7% - 5 = 2 x (100.000 - 50.000/100) € 500 = € 1.000.

Indennizzo Invalidità permanente totale € 4.500

Per il Rimborso spese di cura in questo caso l'indennizzo sarebbe invariato.

Esempio di liquidazione indennizzo 3:

Garanzie prestate:

Opzione Etraprofessionale Persona TOP:

Si verifica un **sinistro durante un'attività extraprofessionale**, indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- un'invalidità permanente totale accertata del 8%;
- spese per prestazioni sanitarie avvenute durante il ricovero per un totale di € 2.000

Sulla TOP le somme assicurate sono : per Invalidità permanente (IP) € 200.000 per Spese sanitarie € 4.000.

Calcolo indennizzo Invalidità permanente:

3% franchigia fino ad € 50.000 di somma assicurata :

8% - 3 = 5 x 500 (50.000/100) = Indennizzo € 2.500

Da € 50.000 di somma assicurata in poi franchigia 5% :

8% - 5 = 3 x (200.000 - 50.000/100) € 1.500 = € 4.500

Indennizzo Invalidità permanente totale € 7.000

Calcolo indennizzo per Spese sanitarie da infortunio:

€ 2.000 (senza scoperto in quanto effettuate durante il ricovero per l'infortunio)

Se fosse stata invece selezionata l'opzione Etraprofessionale Famiglia (per un nucleo di due persone):

somma assicurata IP € 200.000/2 = € 100.000; per Rimborso spese di cura € 4.000/2 = € 2.000

3% franchigia fino ad € 50.000 di somma assicurata :

8% - 3 = 5 x 500 (50.000/100) = Indennizzo € 2.500

Da € 50.000 di somma assicurata in poi franchigia 5%:

8% - 5 = 3 x (100.000 - 50.000/100) € 500 = € 1.500

Indennizzo Invalidità permanente totale € 4.000

Per il Rimborso spese di cura in questo caso l'indennizzo sarebbe invariato

Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. 19 della normativa di polizza. Si richiama anche l'Art. 21 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

Altre assicurazioni

L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o assicurato, **prima della conclusione del contratto**, deve comunicare, per iscritto, alla Società l'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla stipulazione di altre assicurazioni **successive alla conclusione del contratto**. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Aggravamento del rischio

Per questo prodotto non è previsto aggravamento o diminuzione del rischio legato ad attività lavorativa.

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 3%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il prodotto non prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio.

Diritto di recesso

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Art. 24 Disdetta in caso di sinistro, della normativa di polizza.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato. In tal caso il diritto sostanziale applicabile, in caso di controversia, sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede la garanzia infortuni, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Infortuni: 2,50%

Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro (vedi definizione sul Glossario) insorge per la garanzia Morte al momento del decesso dell'assicurato, o nel caso in cui il corpo dell'assicurato non venga ritrovato non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli Artt. 60,62 c.c. ; per la garanzia Invalidità permanente con lo stabilizzarsi dei postumi ai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza, vedi Allegato 1 Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio, nella normativa di polizza; relativamente alla garanzia Rimborso spese di cura, nel momento in cui si avverano le condizioni descritte in polizza relativamente alle su detta garanzia.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro, regolati all' art. 14 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Art. 14 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza. In caso di presenza di postumi di Invalidità permanente potrebbe essere richiesto all'assicurato di sottoporsi a visita medica. Non sono previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

Relativamente alla liquidazione dell'indennizzo si rimanda agli artt. 13 Criteri di indennizzabilità, 14 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it. L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu/internalmarket/financeservicesretail/finnet/index.en.htm>

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate:

- **Conciliazione paritetica:** Le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri r.c.auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sul sito della Sara (www.sara.it), sui i siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it).
- **negoziazione assistita:** la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio
- **mediazione:** è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito.

Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)



Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Art. 29 della normativa di polizza.

In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

INFORMAZIONI SPECIFICHE SUL CONTRATTO - TUTELA LEGALE

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali.

Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto è annuale e prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art.25 "Proroga dell'assicurazione", della normativa di polizza.

Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede le seguenti coperture:

Tutela Legale Art. 16.

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 16 Tutela legale, 18 Persone non assicurabili, 22 Pagamento del premio, 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 21 Altre assicurazioni, della normativa di polizza. La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali all'Art. 16 Tutela legale, della normativa di polizza. Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione:

Sinistro sulla garanzia **Opzione Extraprofessionale : Tutela legale e peritale completa**: costituzione di parte civile in sede penale dell'Assicurato per richiesta di risarcimento danni subiti dall'Assicurato. Massimale riportato sul frontespizio di polizza di € 5.000.

In caso di spese legali sostenute per € 8.000, il massimo indennizzo per Sinistro è non superiore a € 5.000. L'eccedenza di € 3.000 rimane a carico dell'Assicurato.

Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. 19 della normativa di polizza.

Si richiama anche l'Art. 21 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

Aggravamento, diminuzione del rischio

Per la Tutela Legale vale quanto espresso alla "Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze di rischio. A titolo esemplificativo l'aumento del numero delle persone assicurato rispetto al numero dichiarato e riportato in Polizza configura un aggravamento del rischio.

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 3%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede l'adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio.



Diritto di recesso

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Art. 24 della normativa di polizza.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, in tal caso il diritto sostanziale applicabile in caso di controversia sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Tutela legale: 21,25%
- Tutela legale legata alla Guida : 12,50

Liquidazione dell'indennizzo

Relativamente al ramo tutela legale la Società ha affidato la gestione dei sinistri ad ARAG SE con sede e direzione generale in Viale del Commercio n. 59, 37135, Verona. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ad apposita appendice al contratto o, ove presente, alla Premessa all'articolo 16 della normativa di polizza.

Si richiama l'attenzione sulla presenza di obblighi a carico del Contraente – Assicurato relativamente a modalità e termini per la denuncia del sinistro. Tali obblighi sono dettagliati agli articoli 16.5, 16.6 della normativa di polizza.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it. L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu/internalmarket/financeservicesretail/finnet/index.en.htm>

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate: · Conciliazione paritetica: Le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri r.c.auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sul sito della Sara (www.sara.it), sui i siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it). · **negoziazione assistita:** la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio · **mediazione:** è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito .



Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

Arbitrato

Le eventuali controversie sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio arbitrale. In relazione a tali controversie si ricorda che permane in ogni caso il diritto dell'assicurato di rivolgersi dell'Autorità Giudiziaria. Art. 29.

GLOSSARIO

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Cartella clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico

Contraente: il soggetto che stipula il contratto;

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (anche se non ivi residente);

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

Infortunio extraprofessionale: quello verificatosi durante lo svolgimento di ogni attività di natura non professionale;

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

Invalità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Malformazione / difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

Massimale: la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Scoperto: l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

Società: SARA assicurazioni spa;

Tutela legale: l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del d.Lgs 209/05 artt. 163,164,173,174 e correlati

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Il Direttore Generale


Sara Difesa pronta

Polizza:

Condizioni di Assicurazione

DEFINIZIONI	Pag. 3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag. 4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE	Pag. 12
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pag. 16
CONDIZIONE SPECIALE SOCI ACI	Pag. 18

ORIGINALE PER L'ASSICURATO

DEFINIZIONI

- **Ambulatorio:** struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale
- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione
- **Beneficiario:** gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata in caso di morte
- **Cartella clinica:** documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione
- **Domicilio:** il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (se non ivi residente)
- **Franchigia:** l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato
- **Indennizzo - Indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
- **Infortunio extraprofessionale:** quello verificatosi durante lo svolgimento di ogni attività di natura non professionale
- **Intervento chirurgico:** intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché dia termocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia
- **Invalidità permanente:** la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
- **Istituto di Cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituto di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche
- **Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Massimale:** la somma entro la quale la Società presta la garanzia
- **Malformazione - Difetto fisico:** ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- **Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
- **Ricovero diurno (Day Hospital):** la degenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
- **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro
- **Scoperto:** l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
- **Società:** SARA assicurazioni spa
- **Stato patologico:** ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio
- **Tutela legale:** l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del d.Lgs 209/05 artt. 163,164,173,174 e correlati

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 1 Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale, in relazione ad una delle seguenti Opzioni, scelta dal Contraente e richiamata nel frontespizio di polizza:

Art. 1.1 Opzione Guida (Persona o Famiglia) :

l'assicurazione vale per gli infortuni subiti in conseguenza della circolazione **della persona identificata in polizza che in qualità di conducente in possesso della prescritta abilitazione si trova, con il consenso del proprietario, alla guida di autovetture ad uso privato, o promiscuo, ciclomotori, motocicli e natanti a motore.**

Nei confronti delle suddette persone l'assicurazione vale anche durante l'effettuazione di verifiche o piccole riparazioni necessarie per la ripresa della marcia dei veicoli da essi condotti.

Nei limiti sopra indicati l'assicurazione comprende anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento od il congelamento;
- 4) la folgorazione;
- 5) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- 6) gli infortuni subiti in stato di maleore od incoscienza;
- 7) gli infortuni cagionati da colpa grave, compresa quindi imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato e/o Contraente;
- 8) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'Opzione Guida Persona assicura solo il Contraente/Assicurato nominativamente indicato in polizza. L'opzione Guida Famiglia assicura oltre al Contraente anche i suoi familiari indicati in polizza purché rispondano ad i requisiti del primo capoverso del presente articolo. Nell'Opzione Guida Famiglia le somme assicurate sono suddivise tra gli assicurati come da art. 11 Ripartizione delle somme assicurate, della presente normativa.

Art. 1.2 Opzione Extraprofessionale (Persona o Famiglia) :

La garanzia vale per i casi previsti dalla precedente art. 1.1 Opzione Guida nonché per gli infortuni subiti:

- a) in qualità di pedoni, in conseguenza di investimenti ad opera di veicoli;
- b) a bordo, in qualità di trasportati, di veicoli pubblici e/o privati a motore esclusi quelli aerei e subacquei - salvo quanto previsto nella successiva lettera e) - autorizzati al trasporto di persone;
- c) a bordo, in qualità di passeggeri, di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi voli "charters" e straordinari compiuti da società di traffico aereo regolare (art. 6 "Rischio volo")
- d) **durante lo svolgimento di qualsiasi attività della vita privata non avente carattere professionale** come attività del tempo libero in genere, esercizio di sport, passeggiate, gite e lavori domestici
- e) in qualità di studenti presso istituti di istruzione primaria e secondaria, pubblici o privati.

L'assicurazione, nei limiti sopra indicati, comprende anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;

- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento od il congelamento;
- 5) la folgorazione;
- 6) le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione delle malattie di cui gli insetti siano portatori necessari;
- 7) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- 8) gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- 9) gli infortuni cagionati da colpa grave, compresa quindi imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- 10) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- 11) gli infortuni determinati da calamità naturali e quelli causati da guerra ed insurrezioni, alle condizioni più dettagliatamente indicate nei successivi artt. 7 "Infortuni determinati da calamità naturali" e 8 "Infortuni causati da guerra ed insurrezione".

L'Opzione Extraprofessionale Persona assicura solo il Contraente/assicurato nominativamente indicato in polizza.

L'opzione Extraprofessionale Famiglia assicura il Contraente ed i suoi familiari, nominativamente indicati in polizza. Nell' Opzione Extraprofessionale Famiglia le somme assicurate sono suddivise tra gli assicurati come da art. 11 Ripartizione delle somme assicurate, della presente normativa.

Art. 2 Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C. Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Art. 3 Invalidità permanente

A) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

B) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale di:

	destra	sinistra
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%

una falange di altro dito della mano 1/3 del valore del dito

Anchilosi:

- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%

Perdita completa:

- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita anatomica o funzionale di:

- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%
- falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:

- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio - tarsica ad angolo retto	10%
- della tibio - tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
- Paralisi completa del nervo: sciatico popliteo esterno	15%

Esiti di frattura di una costa 1%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%

Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

D) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

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

Art. 4 Franchigie su Invalidità permanente

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie:

1) franchigia in caso di infortunio verificatosi in occasione di attività extraprofessionali, escluse attività di cui all'Opzione guida:

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 50.000 non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o minore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente;

B) sulla parte di somma assicurata eccedente i € 50.000 non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o minore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente risulti di grado superiore al 10%, non si farà luogo all'applicazione delle franchigie di cui ai punti a) e b).

2) franchigia in caso di infortunio verificatosi nelle circostanze di cui all'Opzione guida:

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie:

A) sulla parte di somma assicurata fino a € 50.000 non si applica alcuna franchigia;

B) sulla parte di somma assicurata eccedente € 50.000 non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o minore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente risulti di grado superiore al 10%, non si farà luogo all'applicazione delle franchigia di cui al punto b).

Art. 5 Rimborso spese di cura

Per la cura delle lesioni causate da infortunio la Società rimborsa le spese effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato per:

- accertamenti diagnostici;
- visite mediche e specialistiche, consulti e prestazioni infermieristiche;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso e da un istituto di cura all'altro;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- protesi odontoiatriche rese necessarie da infortunio con l'intesa che le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegate nella protesi sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 1.000. e non sono rimborsabili spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

Per le prestazioni sopraelencate che non risultino avvenute durante il ricovero in istituto di cura o durante un intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese viene effettuato per un periodo massimo di trenta giorni dalla data dell'infortunio e per un importo massimo pari all'80% delle spese effettivamente sostenute; il rimanente 20% con il minimo di € 75 resta a carico dell'Assicurato. In caso di infortunio che abbia comportato ricovero in istituto di cura e/o gessatura, fermi i limiti massimi indennizzabili sopra indicati, il rimborso di spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi spetta comunque fino al 60° giorno dalla data della dimissione dall'istituto di cura e/o della rimozione della gessatura.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali della documentazione medica, e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'assicurato, la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Art. 6 Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 12 "Rischi esclusi dall'assicurazione", più avanti riportato, la garanzia **nell'Opzione Extraprofessionale** è estesa agli infortuni che le persone assicurate subiscano **durante viaggi aerei di trasporto pubblico passeggeri** su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile, cessando dal momento in cui ne è disceso.

Art. 7 Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni. Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 2.600.000 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

Art. 8 Infortuni causati da guerra ed insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 12 "Rischi esclusi dall'assicurazione", più avanti riportato, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 9 Garanzie speciali:**Art. 9.1 Supervalutazione invalidità permanente**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito da un Assicurato di età non superiore ai 25 anni e comportante un grado di Invalidità permanente superiore al 25% ed inferiore al 50%, l'indennizzo spettante verrà corrisposto con una maggiorazione del 30%.

Per Assicurati di tutte le età, qualora l'infortunio comporti un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo spettante verrà corrisposto con una maggiorazione del 50%. **In entrambi i casi l'indennizzo non potrà comunque essere superiore alla somma assicurata per singola persona.**

Detta maggiorazione, verrà corrisposta con versamento di pari importo a titolo di premio unico su polizza di rendita vitalizia immediata rivalutabile, che sarà stipulata tra SARA assicurazioni (Contraente) e SARA VITA.

9.2 Superindennità pluriennale (Rendita)

In caso di sinistro comportante un indennizzo pari o superiore a € 10.000, il beneficiario dell'indennizzo stesso ha facoltà di convertire la somma liquidatagli in una rendita, rivalutabile. Detta rendita sarà assicurata con polizza emessa da SARA VITA SPA, stipulata tra la SARA VITA e la SARA assicurazioni (Contraente).

Qualora venga esercitata la facoltà di cui sopra l'importo dell'indennizzo spettante sarà maggiorato del 10%. La maggiorazione del 10% non è cumulabile con la Supervalutazione Invalidità Permanente di cui al precedente Art.9.1.

Art. 9.3 Commorienza dei genitori

Se a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori ed essi risultano assicurati con la presente polizza, l'indennizzo per il caso di morte spettante ai loro figli, in quanto beneficiari, sarà pari all'intera somma assicurata per il caso Morte.

Art. 9.4 Perdita anno scolastico

Qualora Assicurati di età non superiore agli anni 20 che frequentino scuole di istruzione primaria e secondarie, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo di € 2.000.

Art. 9.5 Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato di età non superiore agli anni 35 e che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, fino ad un importo massimo di € 2.500, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate - entro due anni dalla guarigione clinica - per eliminare il danno estetico.

Art. 9.6 Indennità integrativa

Se l'infortunio, subito in conseguenza di collisione con altro veicolo identificato, ha comportato il ricovero in istituto di cura - pubblico o privato - per un periodo non inferiore alle 24 ore, la Società corrisponderà un'indennità di € 1.500 per ciascun sinistro. La predetta indennità ammonterà a € 2.000 qualora dall'infortunio sia derivata una invalidità permanente di grado uguale o superiore al 10%.

Art. 10 Somme assicurate

La garanzia è prestata in relazione ad una delle seguenti combinazioni, prescelta dal Contraente ed indicata nel frontespizio di polizza.

A) Combinazione Base

Morte, € 50.000

Invalità permanente totale, € 100.000

Rimborso spese di cura, € 2.000

B) Combinazione Top

Morte, € 100.000

Invalità permanente totale, € 200.000

Rimborso spese di cura, € 4.000

In caso di infortunio verificatosi alla guida di ciclomotori o motocicli le somme assicurate sono da considerarsi al 50%.

Art. 11 Ripartizione somme assicurate in caso di opzione Famiglia

La garanzia è prestata fino alla concorrenza delle somme indicate sul frontespizio di polizza in relazione alla Formula prescelta (Base o Top) per la protezione infortuni, le quali rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle persone assicurate e/o dei sinistri da esse subiti.

Nel caso di copertura Famiglia le somme complessivamente assicurate, indicate sul simplo di polizza, vanno suddivise in parti uguali fra tutte le persone assicurate ma la somma spettante a ciascun assicurato al momento del sinistro non potrà essere inferiore ad 1/3 della somma complessiva assicurata.

Nel caso sia stata scelta l'Opzione Famiglia Extraprofessionale, in caso di nascita di un bambino, successiva alla stipula della polizza, qualora siano assicurati entrambi i genitori, il bambino viene considerato automaticamente in garanzia per i primi 120 giorni, entro questo termine è però necessario dare comunicazione alla Società in forma scritta, della volontà di inserire in polizza il bambino affinché la Società ne prenda atto ai fini della determinazione delle persone e delle somme assicurate.

Qualora non venisse effettuata la comunicazione, in caso di sinistro, per la determinazione delle somme e delle persone assicurate faranno fede le nominativi indicati sul simplo di polizza.

Art. 12 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione tutti gli infortuni avvenuti in circostanze di rischio non specificamente previste dall'art. 1 "Oggetto dell'assicurazione" relativamente all'opzione prescelta, nonché quelli causati:

- dalla guida di veicoli o natanti di tipologie diverse da quelle indicate in polizza, nonché dalla guida di natanti di oltre 50 tonnellate di stazza lorda, se in polizza è stata selezionata la sola opzione Guida;
- dalla 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 ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore (tranne che in competizioni di regolarità pura); si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.l.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;

- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
 - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati da particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).-da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - da guerre ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 8 "Infortuni causati da guerra ed insurrezione";
- Sono inoltre esclusi l'apoplessia nonché gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo salvo che siano di origine traumatica.

Oltre a quanto sopra previsto, nelle polizze che prevedono l'opzione Extraprofessionale sono inoltre esclusi gli infortuni causati :

- dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'art. 6 "Rischio Volo";
- dalla pratica dei seguenti sport/attività: bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board, bike trial, bike downhill, rafting, canyoning o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idroski, kite-surf, alpinismo o scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti "in solitaria" cioè progressione su roccia e/o ghiacciaio senza l'assicurazione di un compagno di cordata (non si considerano "in solitaria" le escursioni comunque compiute sino a livello E.E.A. - Escursionisti Esperti con Attrezzatura compreso dalla Scala delle Difficoltà Escursionistiche), free-climbing (arrampicata libera o "in solitaria"), salto con l'elastico nel vuoto, speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, triathlon, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le seguenti attività: baseball, calcio, ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallavolo, pentathlon moderno, sci non in discesa libera, sport equestri, sport del ghiaccio, velocità su pattini a rotelle;
- dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata.

Art. 13 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 3 "Invalidità permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato.

Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell'Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato.

In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno.

La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata

Art. 14 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE**Art. 16 Tutela legale****Premessa**

La Società affida la gestione dei sinistri Tutela Legale a: **ARAG SE** con sede e Direzione Generale in **Viale del Commercio n. 59** - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

telefono centralino: 045.8290411;

fax per invio nuove denunce di sinistro: 045.8290557

mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@arag.it

fax per invio documentazione relativa alla gestione del sinistro successiva all'apertura: 045.8290449.

Art. 16.1 Rischi assicurati

La Società, nei casi indicati in polizza, assume a proprio carico le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense, **con esclusione dei patti conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali.**

L'assicurazione vale in relazione ad una delle seguenti opzioni, scelta dal Contraente e richiamata nel frontespizio di polizza:

A) Opzione Guida : Tutela Legale per recupero danni alla persona

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale di € 5.000 per sinistro, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali per il recupero dei danni alla persona subiti dall' Assicurato ad opera di terzi a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Le garanzie sono operanti in ambito della **circolazione** per i seguenti casi:

1. Richiesta di risarcimento danni. L'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone subiti **per fatti illeciti di terzi connessi alla circolazione stradale. In caso di incidente tra veicoli l'operatività viene garantita nei seguenti casi:**

a. sinistri stradali gestiti con la "Procedura di Risarcimento Diretto" (art. 149 Codice delle Assicurazioni)

b. sinistri stradali gestiti con la "Procedura di Risarcimento" (art. 148 Codice delle Assicurazioni)

c. recupero dei danni subiti dai terzi trasportati a causa di sinistri stradali.

L'esercizio di pretese al risarcimento danni di cui al punto a) è garantito esclusivamente dopo l'offerta di risarcimento comunicata da parte della propria Compagnia RC Auto o in caso di mancata comunicazione della stessa entro i termini di cui all'art. 8 del D.PR. 254/2006 ivi compresa l'eventuale successiva fase giudiziale.

Sono escluse le spese per l'eventuale assistenza peritale.

Nel caso di copertura Famiglia la somma assicurata è da intendersi come limite per sinistro per i familiari nominativamente indicati in polizza.

B) Opzione Extraprofessionale : Tutela legale e peritale completa

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale di € 5.000 per sinistro, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali per il recupero dei danni alla persona subiti dall' Assicurato ad opera di terzi a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Le garanzie sono operanti nell'ambito della **circolazione** per i seguenti casi:

1. Richiesta di risarcimento danni. L'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone subiti **per fatti illeciti di terzi connessi alla circolazione stradale. In caso di incidente tra veicoli l'operatività viene garantita nei seguenti casi:**

a. sinistri stradali gestiti con la "Procedura di Risarcimento Diretto" (art. 149 Codice delle Assicurazioni)

b. sinistri stradali gestiti con la "Procedura di Risarcimento" (art. 148 Codice delle Assicurazioni)

c. recupero dei danni subiti dai terzi trasportati a causa di sinistri stradali.

L'esercizio di pretese al risarcimento danni di cui al punto a) è garantito esclusivamente dopo l'offerta di risarcimento comunicata da parte della propria Compagnia RC Auto o in caso di mancata comunicazione della stessa entro i termini di cui all'art. 8 del D.PR. 254/2006 ivi compresa l'eventuale successiva fase giudiziale.

Sono escluse le spese per l'eventuale assistenza peritale.

Le garanzie sono operanti esclusivamente nell'ambito della **vita privata** per i seguenti casi:

2. Recupero danni extracontrattuali a persone subiti per fatti illeciti di terzi. La copertura non è prestata in caso di infortuni determinati da calamità naturali.

3. Costituzione di parte civile in sede penale per richiesta di risarcimento del danno di natura contrattuale o extra-contrattuale conseguente ad infortunideterminati da calamità naturali.

Nel caso di copertura Famiglia la somma assicurata è comunque da intendersi come limite per sinistro per i familiari nominativamente indicati in polizza.

Art. 16.2 Rischi esclusi dall'assicurazione

E' condizione essenziale ai fini dell'operatività della garanzia, che:

- in caso di infortunio legato alla circolazione stradale, il conducente-assicurato sia abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, sia munito della prescritta patente ed ottemperi agli obblighi dalla stessa indicati;
- la controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica o in stato di ubriachezza o per effetto di abuso di psicofarmaci o uso di allucinogeni e stupefacenti;
- il procedimento non si riferisca ad una sanzione amministrativa o ad una contravvenzione per la quale è ammessa l'oblazione in via breve;
- la controversia o la violazione penale non derivino dalla partecipazione a gare o competizioni nonché alle relative fasi preliminari o finali previste dal regolamento particolare di gara, da atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, atti di vandalismo e risse da chiunque provocate;
- il trasporto di persone sia effettuato in conformità alle disposizioni vigenti o alle indicazioni della carta di circolazione.

Sono esclusi dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;

- **gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere;**
- **rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni;**
- **le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;**
- **le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato.**

Art. 16.3 Estensione territoriale

L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili:

- nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale;
- nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo;
- **limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore** la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Bulgaria, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco, Romania.

Art. 16.4 Massimale

La garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa indicato all'art. 16.1 "Tutela legale per recupero danni alla persona" del presente contratto.

Art. 16.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società la documentazione necessaria al recupero dei danni subiti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, certificazione medica e ricevuta delle spese mediche e ospedaliere, cartella clinica in caso di ricovero, documentazioni attestanti il decorso delle lesioni subite, preventivo o fattura delle riparazioni, fotografie del veicolo danneggiato, verbale delle Autorità intervenute, provvedimento dell'Autorità in caso di sequestro del veicolo.

Art. 16.6 Denuncia e Gestione del sinistro - Scelta del legale

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede della Società, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti all'art. 2952 c.c. Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure **quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per l'ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.**

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale.

L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati. Parimenti la Società non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, l'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benestare della Società, che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta, pena l'inoperatività della garanzia e l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate dalla Società. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare. L'Assicurato è tenuto a regolarizzare, a proprie spese e secondo le norme fiscali di bollo e di registro, tutti gli atti e documenti occorrenti, nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva pertinenza della Società e/o legale designato. La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

Art. 16.7 Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e la Società circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, la Società non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente alla Società quella scelta:

- a) adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi.
- b) promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
- c) intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso la Società è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto dalla Società stessa.

Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva della Società, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non potrà eccedere il massimale di polizza. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.

ARAGTEL - Consulenza Telefonica

Nell'ambito di tutte le materie previste nella presente polizza è istituito un Servizio di consulenza telefonica al: 800.508.008

“ARAGTEL” è a disposizione dell'Assicurato in orario di ufficio per ottenere:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- chiarimenti sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente polizza;
- informazioni sugli adempimenti previsti in caso di interventi dinanzi all'autorità giudiziaria.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 17 Persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone nominativamente indicate in polizza.

In caso di scelta della copertura assicurativa "Famiglia" (sia opzione Guida che Extraprofessionale) la polizza può assicurare unicamente l'Assicurato/Contraente, il coniuge o convivente more uxorio ed i figli. Tutti i familiari devono essere nominativamente indicati.

Art. 18 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi; l'assicurazione nei loro confronti cessa al manifestarsi di dette affezioni.

Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato 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 come previsto dagli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 20 Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata anche per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 21 Altre assicurazioni

L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o assicurato, **prima della conclusione del contratto**, deve comunicare, per iscritto, alla Società l'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla stipulazione di altre assicurazioni **successive alla conclusione del contratto**. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 22 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 23 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto

Art. 24 Disdetta in caso di sinistro

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

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 25 Proroga tacita dell'assicurazione - Periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. L'assicurazione non è comunque prorogabile dal momento in cui il Contraente raggiunge i settantacinque anni. Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione si stia stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. 26 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo

Art. 27 Oneri fiscali

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

Art. 28 Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 29 Controversie - Arbitrato irrituale (vedi anche art. 16.7 per Tutela Legale)

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente e sulla necessità del ricovero in istituto di cura, come pure le controversie sull'applicabilità dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 13 "Criteri di indennizzabilità", debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio medico.

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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 30 Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente. La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione.

Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

	Denominazione	Riferimentii
1	IFOAP Concilia	(www.ifoap.conclia.it)
2	Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane	www.camcom.gov.it
3	ADR Center	www.adrcenter.com

CONDIZIONE SPECIALE SOCI ACI

Qualora il Contraente sia socio dell'ACI ed il rapporto di associazione abbia avuto inizio in data antecedente alla prima scadenza annuale della presente polizza, nei casi di infortunio subito:

- alla guida di autovetture o natanti ad uso privato, di motocicli di qualsiasi cilindrata nonché di ciclomotori e velocipedi;
 - durante verifiche o piccole riparazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo;
 - come passeggero di veicoli pubblici e/o privati - esclusi quelli aerei e subacquei - autorizzati al trasporto di persone;- in qualità di pedone, in aree pubbliche, in conseguenza di investimenti ad opera di veicoli
- l'indennizzo spettante verrà maggiorato del 10%.

