

DEFINIZIONI

Nel testo di polizza s'intendono per:

- Assicurazione: il contratto di assicurazione
- **Polizza:** i documenti che provano l'assicurazione
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione
- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- Società: SARA assicurazioni spa
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
- **Indennizzo-Indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
- **Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
- **Ricovero:** permanenza in istituto di cura con pernottamento
- **Ricovero diurno (Day Hospital):** permanenza in istituto di cura senza pernottamento
- **Gessatura:** apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 — Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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 cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 — Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

La Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione può recedere dal contratto, con preavviso di almeno 30 giorni.

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

Art. 3 — Pagamento del premio

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

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

Art. 4 — Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 6 — Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (vedi anche art. 19)

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.

Art. 6 — Disdetta in caso di sinistro (vedi anche art. 23)

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni.

In tal caso essa, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 — Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno tre mesi prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo s'intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 8 - Oneri fiscali

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

Art. 9 — Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 10 — Rinvio alle norme di legge

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

Art. 11 — Persone assicurate

Qualora sul mod. 310/MIR, al titolo CHI ASSICURIAMO, risulti prescelta la forma famiglia, l'assicurazione s'intende valida per la persona del Contraente e dei familiari del medesimo che al momento del sinistro risultino indicati nel suo stato di famiglia.

Se sul richiamato mod. 310/MIR risulta invece prescelta la forma individuale l'assicurazione è valida esclusivamente per la persona del Contraente.

Art. 12 — Oggetto dell'assicurazione

Tra le forme di garanzia delimitate nei sottoriportati punti 12.1 e 12.2 sono operanti, nei confronti dell'Assicurato, unicamente quelle previste dalla specifica «alternativa» prescelta a suo favore sul mod. 310/MIR ed in relazione alle quali sul richiamato mod. 310/MIR risulta indicata la corrispondente somma assicurata.

12.1 Garanzia DEGENZA

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera pattuita in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da infortunio, malattia, parto, aborto spontaneo o post traumatico e per una durata massima di 90 giorni per anno assicurativo.

Per il caso di parto non cesareo l'indennità viene corrisposta tuttavia per un periodo massimo di tre giorni per ogni evento.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente quello della dimissione, fermi i limiti massimi di indennizzo di cui al 1° e 2° comma sopra riportati.

In caso di «ricovero diurno» in un istituto di cura (Day Hospital), la Società corrisponde ugualmente l'indennità ma nella misura della metà della somma assicurata spettante nel caso di ricovero con pernottamento ed alla condizione che dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il Day Hospital è avvenuto senza soluzione di continuità, per un periodo non inferiore a tre giorni; l'indennità relativa spetta dal giorno stesso del «ricovero diurno» fino al giorno della dimissione compreso.

12.2 Garanzia CONVALESCENZA E GESSATURA

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera pattuita per una durata massima di 90 giorni per anno assicurativo e nei casi seguenti:

a) convalescenza successiva a ricovero in istituto di cura avvenuto nel corso di validità della polizza e reso necessario da infortunio, malattia, parto, aborto spontaneo o post traumatico;

b) infortunio con applicazione di «gessatura».

L'indennità prevista a norma della lettera a) spetta dal giorno stesso della cessazione del ricovero, per un periodo di convalescenza convenzionalmente prefissato in un numero di giorni pari a quelli del ricovero, con il massimo comunque di tre giorni per i casi di convalescenza successiva a ricovero per parto non cesareo.

L'indennità prevista a norma della lettera b) spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura se non vi è stato ricovero oppure dal giorno di dimissione dall'istituto di cura se vi è stato ricovero, per una durata massima in entrambi i casi non superiore ai 40 giorni per anno assicurativo e per singolo assicurato.

L'indennità prevista alla lettera b) assorbe quella prevista alla lettera a), finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore.

Art. 13 — Somme assicurate

L'assicurazione vale fino alla concorrenza delle somme indicate sul frontespizio del mod. 310/MIR, al titolo «QUANTO ASSICURIAMO», le quali, con i limiti previsti dal precedente art. 12, rappresentano quindi l'esposizione massima cui la Società è tenuta, indipendentemente dal numero delle persone assicurate. Qualora l'assicurazione sia valida per la forma famiglia, quale prevista dall'art. 11, le somme assicurate si intendono suddivise in parti uguali tra tutte le persone risultanti assicurate al momento del sinistro.

Art. 14 — Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- e) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, sempreché non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione nonché per il parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante — con il termine di aspettativa di 30 giorni — soltanto se fa gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i suindicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Art. 15 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per Te conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto.

L'assicurazione non è inoltre operante nei casi di:

- a) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni comunque preesistenti alla stipulazione del contratto;
- b) cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato);
- d) infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- e) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- f) aborto volontario e terapeutico;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla stipulazione del contratto);
- h) cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessaria da infortunio verificatosi successivamente alla stipulazione del contratto;
- i) malattie professionali, come definite dal D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione del contratto;
- l) conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- m) conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. 16 — Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.

L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 17 — Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni; tuttavia per te persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza del periodo di assicurazione in corso.

Art. 18 — Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 — Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

La denuncia di cui all'art. 5 deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e, se vi è stata permanenza in istituto di cura, deve produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

Art. 20 — Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennità viene effettuato:

- a) per la garanzia DEGENZA al termine del ricovero (o ricovero diurno) su presentazione di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura ed attestante la durata della permanenza nell'istituto di cura stesso;
- b) per la garanzia CONVALESCENZA E GESSATURA al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione se vi è stata «gessatura».

Art. 21 — Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 22 — Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili.

Art. 23 — Rinuncia da parte della Società alla facoltà di disdettare la polizza per sinistro

La facoltà di recesso per sinistro prevista dall'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, può essere esercitata dalla Società soltanto entro il compimento del secondo anno di assicurazione. Trascorso tale termine la Società rinuncia a detta facoltà e s'impegna a mantenere in vigore l'assicurazione fino alla scadenza contrattuale pattuita.

1

m

4