

Contratto di Assicurazione

Infortuni

SIAMO IN DUE

Mod. 022. 2016.SIDS

Il presente Set Informativo, contenente:

- ***Documento Informativo Precontrattuale Danni***
- ***Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni***
- ***Condizioni di Assicurazione***
- ***Glossario***
- ***Modello Proposta di Assicurazione***

è stato realizzato seguendo le linee guida del tavolo tecnico ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per "Contratti Semplici e Chiari"

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione unitamente alla Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo.

Ed. 05/2026

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit
Sede Legale in via Valtorta, 48 – 20127 Milano (MI)
Tel. +39 02 8905 0011
info@bene.it - beneassicurazioni@legalmail.it
www.bene.it

Capitale sociale 25.199.00,00 euro i.v. - C.F/P.IVA. 09599100964 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180 – Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

Assicurazione Infortuni
DIP-Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Bene Assicurazioni S.p.A. – Prodotto "SIAMO IN DUE" mod. 022022.
2016.SIDS presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è? La polizza SIAMO IN DUE è una polizza Ramo Infortuni costituita da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'assicurato.

Che cosa è assicurato?

Sono assicurati in base alle scelte del Contrante-Assicurato:
- ✓ Morte da Infortunio (garanzia sempre operante)
- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio (garanzia sempre operante)
- ✓ Rimborso spese di cura da Infortunio (garanzia opzionale)

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:
- ✱ che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei
- ✱ che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute
- ✱ Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:
  - -infezione da HIV;
  - -psicosi croniche prive di causalità organica nonché da sindrome organiche cerebrali;

Ci sono limiti di copertura

! La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

!

Punti di % di invalidità permanente accertata	Franchigia sull'invalidità permanente accertata
Sino ad IP Accertate del 14%	3%
Da oltre 14% e sino a 66%	Nessuna franchigia
Da oltre 66%	100% della somma assicurata.

! RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
Relativamente ad esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, limite indennizzo 50% somma assicurata per anno ed evento Rette di degenza massimo di 100 giorni dalle dimissioni di ricovero.

! LIMITE CATASTROFALE
Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con polizze della Società (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di euro 2.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

✓

Le Garanzie operanti in riferimento ad Infortuni o Malattia valgono in tutto il mondo.
L' invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato, come pure la mancata comunicazione, nel corso del contratto, dei cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio stesso, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c..

Quando e come devo pagare?

I premio viene pagato via anticipata, annualmente se la polizza è emessa con durata annuale e tacito rinnovo.
Se richiesto il frazionamento, le rate di premio successive si devono pagare alle rispettive scadenze
Il pagamento del premio avverrà attraverso gli intermediari con i quali è stata conclusa la polizza oppure alla Società.
Il premio di polizza potrà essere pagato in contanti (per importi sino a €750,00), assegni, bonifici, POS (per importi non inferiori ad € 30

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art 1901 c.c.
La polizza può prevedere durata annuale, con tacito rinnovo e pagamento del premio in forma ricorrente ad ogni scadenza annuale o durata poliennale con pagamento del premio anticipato in unica soluzione per tutta la durata ed in tal caso terminerà alla sua naturale scadenza.

Come posso disdire la polizza?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione qualora la polizza abbia durata annuale.
Il contratto si risolve in automatico alla scadenza prevista per le durate poliennali e pagamento del premio in unica soluzione.
L'Assicurazione, inoltre, cessa in ogni caso:
alla prima scadenza successiva al compimento del 75 anno di età dell'Assicurato;
al pagamento della prestazione, da parte della Società, nell'ambito della garanzia Morte o Invalidità permanente totale, anche se in presenza di più assicurati;
in caso d'esercizio del diritto di recesso dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'Assicurato o della Società.
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 o pec.
Il Recesso formulato dall'Assicurato ha effetto dalla data di invio della comunicazione.
Il Recesso formulato 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 assicurazione non corso.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo danni)

Prodotto SIAMO IN DUE mod. 022. 2016.SIDS

Il presente DIP aggiuntivo Danni, pubblicato nel Maggio 2026, è l'ultimo disponibile.

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BENE Assicurazioni S.p.a. Società Benefit sede legale in Via dei Valtorta, n. civico 48 - 20127 Milano; tel. +39 02 892 973; sito internet: www.bene.it; e-mail: info@bene.it; PEC: beneassicurazioni@legalmail.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016 Numero iscrizione Albo imprese di Assicurazione n. 1.00180. Società appartenente al Gruppo assicurativo Bene; numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054.
Il patrimonio netto, rilevabile dall'ultimo bilancio d'esercizio approvato, ammonta a 91,7 milioni di euro, di cui 25,2 milioni di euro relativi al capitale sociale e 66,5 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 46,3 milioni di euro, mentre il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 20,8 milioni di euro. I Fondi Propri ammissibili alla loro copertura sono, rispettivamente, pari a 91,1 milioni di euro e a 84,5 milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è, quindi, pari a 196,9%.

Informazioni di dettaglio sono reperibili all'interno della Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR), disponibile sul sito internet della Compagnia www.bene.it/solvency.

Al contratto si applica la legge ITALIANA

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**ESCLUSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE DA INFORTUNIO - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE e RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO AD INTEGRAZIONE DI QUANTO INDICATO NEL DIP:** Sono esclusi dalle garanzie i sinistri causati: - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato in uno stato comprovato - di ubriachezza o è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere; - dalla pratica di sport aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti; - dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta, trampolino con sci o idroscì, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci

	acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), free-climbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia; - dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a

	livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione; - dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci; - dalle conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni; - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - da guerra e/o insurrezione - da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). - Sono altresì' esclusi dall'assicurazione: le ernie di qualsiasi tipo; gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni

A chi è rivolto questo prodotto?

A tutte le persone che intendono garantirsi contro gli Infortuni professionali ed extraprofessionali, a seguito dei quali potrebbero perdere la capacità di produrre reddito dal proprio lavoro.
In caso di Morte, assicurare un capitale per gli eredi per non farli trovare improvvisamente privi di fonte di reddito familiare.

Quali costi devo sostenere?

- **costi di intermediazione:** la commissione media percepita dall'Intermediario è pari al 49,9% del premio al netto delle imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata a: Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit, Servizio Reclami, Via Valtorta 48, 20127 Milano • tramite mail all'indirizzo reclami@bene.it La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è: Ufficio Gestione Reclami. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di un Intermediario, suoi collaboratori e

	dipendenti
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità permanente totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l''accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale. Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria. In caso di 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/finservices-retail/finnet/indexen.htm).In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti

 **REGIME FISCALE**	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le garanzie di polizza sono tutte assoggettate all'aliquota fiscale del 2,5% sul premio netto. I premi relativi alle garanzie Morte da Infortunio ed Invalidità Permanente Totale sono detraibili in misura del 19% del premio; la detrazione è calcolata su un ammontare massimo di 530 Euro

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	*Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.* *Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.* *Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link:* https://www.bene.it/oblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	*Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.*

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	*Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.* *Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.*

AVVERTENZA: PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI *ASSICURAZIONE* "SIAMO IN DUE"

INDICE

ART.1 STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO	Pag. 3
GARANZIE	Pag.3
ART. 2 OGGETTO DELL'*ASSICURAZIONE* INFORTUNI	Pag. 3
ART. 3 *VIAGGI AEREI*	Pag. 3
ART. 4 SERVIZIO MILITARE	Pag. 5
ART. 5 GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO (garanzia sempre operante)	Pag. 5
ART. 6 GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia sempre operante)	Pag. 5
ART. 7 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (garanzia opzionale)	Pag. 7
DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE	Pag. 5
ART. 8 ATTIVITA' SSICURABILI	Pag. 8
ART. 9 CRITERI D'INDENNIZZO	Pag. 8
ART. 10 LIMITI D'INDENNIZZO DELLE GARANZIE	Pag. 8
10.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO	Pag. 8
10.2 TABELLA INVALIDITA' PERMANENTE INAIL	Pag. 9
ART. 11 LIMITE CATASTROFALE	Pag. 11
ART. 12 ESCLUSIONI	Pag. 12
ART. 13 CESSAZIONE DELL'*ASSICURAZIONE*	Pag. 12
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	Pag. 13
ART. 14 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	Pag. 13
ART. 15 CONTROVERSIE- ARBITRATO	Pag. 14
ART. 16 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO	Pag. 14
ART. 17 CUMULO INDENNIZZI	Pag. 15
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	Pag. 15
ART. 18 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	Pag. 15
ART. 19 ALTRE ASSICURAZIONI	Pag. 15
Art. 20 DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO	Pag. 15
ART. 21 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	Pag. 16
ART. 22 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	Pag. 16
ART. 23 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	Pag. 16
ART. 24 DIMINUZIONE DEL RISCHIO	Pag. 16
ART. 25 LIMITI TERRITORIALI	Pag. 16
ART. 26 DIRITTO DI RECESSO POLIZZE POLIENNALI	Pag. 16
ART. 27 RECESSO IN CASO DI SINISTRO	Pag. 16
ART. 28 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	Pag. 17
ART. 29 ONERI FISCALI	Pag. 17
ART. 30 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	Pag. 17

ART. 31 FORMA DELLE COMUNICAZIONI	**Pag. 17**
ART. 32 FORO COMPETENTE	**Pag. 17**
ART. 33 RECLAMI	**Pag. 17**
ART. 34 PRESCRIZIONE	**Pag. 20**
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NELLE CONDIZIONI DI *ASSICURAZIONE*	**Pag. 21**

Art. 1 – STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO

Le presenti Condizioni di ***Assicurazione*** disciplinano il prodotto assicurativo Infortuni denominato, **DIFESA SEMPLICE** costituito da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'***assicurato*** in caso di:

MORTE DA INFORTUNIO
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Le garanzie MORTE DA INFORTUNIO E INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO sono sempre operanti, la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO è opzionale e valida solo se richiamata in polizza

Nel presente documento, le parole evidenziate in ***corsivo,*** fanno riferimento alle definizioni contenute nell'allegato Glossario di ***polizza***, compreso all'interno del Set Informativo di prodotto

GARANZIE

Art. 2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

L'***assicurazione*** vale per sia per gli infortuni che l'***Assicurato*** subisca nell'esercizio delle attività professionali, sia per quelli subiti nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale, che producano lesioni obbiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o determinino spese di cura.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- gli infortuni subiti a seguito di malore o incoscienza;
- i colpi di sole e di calore;
- l'annegamento;
- il congelamento e l'assideramento;
- le punture di insetti e i morsi di animali;
- gli infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni

Si intendono in garanzia inoltre:

- le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie del disco, muscolari e delle rotture sottocutanee dei tendini.**
- gli infortuni derivanti da imperizie, imprudenze colpa grave dell'***Assicurato*** nonché quelli derivanti da tumulti popolari **a condizione che l'*Assicurato* non vi**

abbia preso parte attiva e volontaria, in deroga agli artt.1900 e 1912 del CC.

- gli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (che la guerra sia dichiarata o non), **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'*Assicurato* risulti sorpreso dall'inizio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.**

Art. 3 VIAGGI AEREI

Ferme le norme che regolano ***assicurazione*** in generale, la garanzia è estesa agli infortuni che l'***Assicurato*** subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti.

Sono esclusi i viaggi aerei 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 (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

ART. 3.1 La copertura inizia dal momento in cui l'***assicurato*** sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 3.2 La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:
- **ha durata inferiore ad un anno;**
- **è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.**

ART. 3.3 In base a quanto previsto dall'articolo 31 delle "norme che regolano l'***assicurazione*** in generale" e ai sensi e per gli effetti degli art. 1892, 1893 del CC., l'***Assicurato***, in base a quanto sia o venga a conoscenza, **dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:**
Euro 1.000.000 per il caso di morte;
Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale;

ART. 3.4 – L'***Assicurato*** si impegna a comunicare alla Società la successiva stipulazione di altre assicurazioni contro gli infortuni che includano la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso ***Assicurato*** o da altri sulla sua persona, qualora il totale dei capitali assicurati superi i limiti indicati al punto 3.3.

ART. 3.5 – Eventuali aumenti dei limiti al punto 3.3 devono essere preventivamente concordati

con la Società.

Art. 4 SERVIZIO MILITARE

L'***assicurazione*** resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. L'***assicurazione*** non comprende gli infortuni subiti durante arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'***Assicurato*** di richiedere la risoluzione dell'***assicurazione*** stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto per l'***Assicurato*** di richiedere la sospensione dell'***assicurazione***. Nel caso di risoluzione, spetta all'***Assicurato*** il rimborso della parte di premio relativa al periodo di ***assicurazione*** non goduto, mentre nel caso di sospensione l'***Assicurato*** ha diritto di ottenere il prolungamento dell'***assicurazione*** per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 5 GARANZIA *MORTE* DA *INFORTUNIO* (sempre operante)

La ***Società***, in caso di decesso dell'***Assicurato*** in conseguenza di un ***infortunio***, corrisponde la somma assicurata in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari; la garanzia è operante anche se il decesso si verifichi successivamente alla scadenza di ***polizza***, purché entro due anni dalla data dell'***infortunio***, avvenuto durante la validità della ***polizza***.

5.1 - MORTE PRESUNTA

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, marittima o aerea e di calamità naturali, il corpo dell'***Assicurato*** non dovesse essere più ritrovato e quindi non si possa effettuare il riconoscimento della salma, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso morte a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di 'Morte Presunta". Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'***Assicurato*** ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese mentre l'***Assicurato*** potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 6 GARANZIA *INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO* (sempre operante)

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'***Assicurato*** ad un qualsiasi lavoro proficuo; la garanzia è operante anche se l'invalidità si verifichi successivamente alla scadenza di ***polizza***, purché entro due anni dalla data dell'***infortunio***, avvenuto durante la validità della ***polizza***.

A) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata indicata nella ***proposta*** e nel ***certificato*** di

polizza.

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata, indicata nella ***proposta*** e nel ***certificato*** di ***polizza,*** in proporzione al grado di invalidità permanente, che va accertata facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicati nell'art.. TABELLA INAIL. Qualora sia prevista l'applicazione di una franchigia, secondo le regole riportate nella tabella dell'art. 10.1, la percentuale di invalidità permanente liquidabile verrà ottenuta sottraendo la franchigia stessa dalla percentuale di invalidità permanente accertata.

C) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui alla suddetta TABELLA INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

D) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla TABELLA INAIL si farà riferimento ai criteri qui di seguito riportati:

- **nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella TABELLA INAIL, 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 nella TABELLA INAIL e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con 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; 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 al punto B) e ai 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.

Nel caso in cui l'*Assicurato* dovesse morire a seguito di causa diversa dall'evento che abbia determinato la Invalidità Permanente, anche in caso di non quantificazione del grado della stessa da parte di Medici Legali incaricati da Bene Assicurazioni S.p.A. ma in presenza di accertamenti eseguiti prima del decesso da altri Enti riconosciuti come INAIL, INPS o similari, Bene assicurazioni S.p.A. Società

Benefit procederà a liquidare sulla base di queste quantificazioni, agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 7 – GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (opzionale, operante solo se richiamata in polizza)

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, **il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero in ospedale, clinica o pronto soccorso** anche per intervento chirurgico a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, e dopo le dimissioni, per spese post-operatorie o post-ricovero e più precisamente delle spese:

a) per gli accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);

b) per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;

c) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;

d) per le rette di degenza con il massimo indicato nell'art .10.1 Limiti d'indennizzo delle garanzie

e) per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite indicato nell'art. 10.1

La garanzia è operante anche se le spese siano sostenute successivamente alla scadenza di ***polizza***, purché entro due anni dalla data dell'***infortunio***, avvenuto durante la validità della ***polizza***.

DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE

Art. 8 ATTIVITA' ASSICURABILI

Sono assicurabili tutte le persone fisiche per qualsiasi attività professionale svolta e per i rischi extraprofessionali. **Restano escluse le persone che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei.**

ART. 9 CRITERI D'INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennizzo per le **conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio**, avvenuto durante il periodo di validità della polizza, **che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute**.

Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono subire all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio.

Art. 10 LIMITI D'*INDENNIZZO* DELLE GARANZIE

10.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI *INDENNIZZO*

Garanzia	Punti di % di invalidità	***Franchigia*	***Limite di *indennizzo*
***MORTE* DA INFORTUNIO**	=	=	**SOMMA ASSICURATA**
INVALIDITA' PERMANENT E TOTALE DA *INFORTUNIO*	=	=	**SOMMA ASSICURATA PER LA GARANZIA**
INVALIDITA' PERMANENTE PARZIALE DA INFORTUNIO	**Sino ad Invalidità Permanente Accertata del 14%**	**3%**	**SOMMA ASSICURATA PER LA GARANZIA IN PROPORZIONE AL GRADO DI INVALIDITA' ACCERTATA IN BASE ALLA TABELLA INAIL SOTTO RIPORTATA 100% DELLA SOMMA ASSICURATA**
	Invalidità Permanente Accertata da oltre 14% e sino a 66%	**Nessuna franchigia**	
	Invalidità Accertata oltre 66%		

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO			per le rette di degenza massimo di 100 giorni
			Per esami e terapie post-operatorie o post-ricovero 50% della somma assicurata

** ***Franchigia*****:** l'importo fisso, espresso in punti percentuali d'invalidità o in euro , che resta a carico dell'***Assicurato*** per ogni sinistro, prescindendo dall'entità di quest'ultimo.
Limite di *indennizzo*:** il limite massimo che per l'evento assicurato verrà indennizzato, per ***sinistro e per anno assicurativo.

Art. 10.2 TABELLA INVALIDITA' PERMANENTE INAIL

Descrizione Invalidità	**Percentuali grado di invalidità**		
	destro		**sinistro**
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		....	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio terzo medio o totale	75%		65%

dell'avambraccio			
Perdita del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice			
Perdita delle ultime due falangi del medio		8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%	

Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima	55%		50%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio - corpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione		45%	

e in posizione favorevole			
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso - metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

N.B.: in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 11 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con polizze della Società (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

Art. 12 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli infortuni causati:

1) **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* in uno stato comprovato di ubriachezza o è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;**
2) **dalla pratica di sport aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;**
3) **dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta, trampolino con sci o idroscì, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), free-climbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;**
4) **dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'*Assicurato* svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;**
5) **dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;**
6) **dalle conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;**
7) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;**
8) **da guerra e/o insurrezione;**
9) **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).**
10) **Sono altresì' esclusi dall'*assicurazione*:**
    - **le ernie di qualsiasi tipo;**
    - **gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini;**
    - **relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche, le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente**.

ART. 13 - CESSAZIONE DELL'*ASSICURAZIONE*

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi costituiscono per la Società aggravamento di rischio, per il quale essa non avrebbe consentito l'*assicurazione* ai sensi dell'art.1898 C.C.

Pertanto, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* medesimo, la sopravvenienza di tali affezioni determina la cessazione dell'*Assicurazione*.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 14 - OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE* o *ASSICURATO* IN CASO DI SINISTRO

Il *Contraente* o l'*Assicurato* devono:

a) entro 3 giorni dalla data dell'infortunio, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;

b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o deces-si;

c) far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero, notule di spese sanitarie sostenute e altri documenti atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il *Contraente* o l'*Assicurato* devono:

a)trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infortunio ad intervalli non superiori a 15 giorni.
c)consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sani-tario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato*. In caso di decesso dell'*Assicurato* il presente obbligo spetta ai beneficiari;
Le spese relative ai documenti sono a carico dell'*Assicurato*.

La Società, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio), ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, provvederà, entro i successivi 30 giorni, al pagamento dell'***indennizzo*** in favore dell'***Assicurato*** o degli aventi diritto

Art. 15 CONTROVERSIE- ARBITRATO

Qualora tra l'***Assicurato*** e la ***Società*** insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'***Infortunio*** o della ***Malattia*** oppure sul grado di ***Invalidità permanente***, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'***Assicurato***: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.
Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.

ART. 16 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'***assicurato*** può richiedere, non prima di 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzo e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%. L'acconto della somma da parte della Società potrà avere luogo solo nell'ipotesi in cui il prevedibile indennizzo sia superiore a Euro10.000,00. Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 17 – CUMULO INDENNIZZI

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'***Assicurato*** dovesse morire in conseguenza dell'infortunio stesso, entro un periodo massimo di due anni dal giorno dell'evento, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore all'indennizzo stesso, in caso contrario non chiede il rimborso.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 18 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile ma gestirà il sinistro, tenendo conto del principio giuridico dell'ingiustificato arricchimento e dell'equo indennizzo anche in osservanza della recente giurisprudenza di Corte Suprema che pone divieto di cumulo tra il risarcimento di Responsabilità Civile e l'indennizzo in polizza infortuni.

ART. 19 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il ***Contraente*** è esonerato dal comunicare altre assicurazioni stipulate e in corso per i medesimi rischi assicurati.

Qualora però gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate

In caso di sinistro, l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Art. 20 *DECORRENZA* E DURATA DELL'*ASSICURAZIONE* – PAGAMENTO DEL *PREMIO*

L'*Assicurazione* decorre dalle ore 24,00 del giorno di effetto indicato nella *proposta* e nel *Certificato* di *assicurazione*, a condizione che il *premio* sia stato pagato, altrimenti l'*Assicurazione* decorrerà dalle ore 24,00 della data in cui viene pagato il *premio*.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'agenzia/banca alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società*.

La durata dell'*Assicurazione* può essere di anni uno con tacito rinnovo, oppure di tre, cinque o dieci anni senza tacito rinnovo.

L'*Assicurazione, inoltre*, cessa in ogni caso:

- **alla prima scadenza successiva al compimento del 75° anno di età dell'*Assicurato*;**
- **al pagamento della prestazione, da parte della *Società*, nell'ambito della garanzia *Morte* o *Invalidità permanente totale*, anche se in presenza di più assicurati;**

- **in caso d'esercizio del diritto di *recesso* dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'*Assicurato* o della *Società*.**

Art. 21 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del ***Contraente*** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'***indennizzo***, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 c.c...

ART. 22 MODIFICHE DELL'*ASSICURAZIONE*

Le eventuali modifiche dell'***assicurazione*** devono essere provate per iscritto. La ***Società*** può modificare unilateralmente la disciplina del presente contratto per conformare lo stesso a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS. La ***Società*** provvede comunque ad informare per iscritto il ***Contraente***.

ART. 23 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il *Contraente* deve dare comunicazione scritta alla *Società* di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione*, ai sensi dell'art. 1898 c.c. (tranne per quanto previsto dall' art. 15 Attività assicurate)

ART. 24 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, la ***Società*** è tenuta a ridurre il ***premio*** o le rate di ***premio*** successive alla comunicazione del ***Contraente***, ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di ***recesso***. **(tranne per quanto previsto dall' art. 15 attività assicurate)**

ART.25 LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie operano in tutto il mondo. La valutazione dell'Invalidità Permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. Per le spese sostenute in paesi extra comunità europea o con divisa monetaria diversa dall'euro, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio ricavato dalla quotazione BCE della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

ART. 26 DIRITTO DI *RECESSO* POLIZZE POLIENNALI:

Il *Contraente* ha diritto di recedere dalla *polizza*, ai sensi dell'Art.1899 c.c. ed in base a quanto indicato nell'Art. 20 - Decorrenza e durata dell'*Assicurazione*-Pagamento del premio - , trascorso il quinquennio dalla *decorrenza*.

ART. 27 – *RECESSO* 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 o pec.
Il *recesso* formulato dall'*Assicurato* ha effetto dalla data di invio della comunicazione.
Il *recesso* formulato 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 *assicurazione* non corso.

ART. 28 - PROROGA DELL'*ASSICURAZIONE*.
Per le sole polizze di durata annuale, per le quali è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, inviata mediante lettera raccomandata o pec almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale da una delle parti la *polizza*, è prorogata per un anno. Qualora il contratto fosse stipulato per una durata poliennale con pagamento del premio in unica soluzione, lo stesso si risolverà automaticamente alla scadenza prefissata senza necessità di disdetta.

ART. 29 ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'***assicurazione*** sono a carico dell'***Assicurato***.

ART. 30 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

ART. 31 FORMA DELLE COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, salve diverse specifiche indicazioni sopra riportate, devono essere fatte per iscritto con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), ai seguenti recapiti

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit
Ufficio Gestione Portafoglio
Via dei Valtorta, 48, Milano 20127 (MI)
beneassicurazioni@legalmail.it

.
ART.32 - FORO COMPETENTE
Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del ***Contraente*** o ***Assicurato***, o dei loro aventi diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'Art. 5 del D. Lgs. n. 28 del 4/03/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli Artt. 17 e 20 del D. Lgs 28/2010.

ART. 33 - RECLAMI
Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della

Società o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo devono essere inoltrati per iscritto alla *Società* - Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit, Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: reclami@bene.it

I reclami dovranno 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 ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,

La ***Società***, ricevuto il ***reclamo***, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di ***reclamo*** relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del ***reclamo***) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del ***reclamo*** o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno 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 alla *Società* e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:
• i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
• i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza);
• i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
• i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere
In caso di mancato o parziale accoglimento del ***reclamo*** è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.

Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con Bene Assicurazioni S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana; pertanto, resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).. È prevista anche la procedura di negoziazione assistita, tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.

Si precisa che in caso di 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/finservices-retail/finnet/indexen.htm).In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

ART.34 PRESCRIZIONE

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

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

Art. 1892. (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave)

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

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

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al ***premio*** convenuto per il primo anno. Se il ***sinistro*** si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893. (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave)
Se il ***contraente*** ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'***Assicurato*** nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il ***sinistro*** si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il ***premio*** convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894. (Assicurazione in nome o per conto di terzi).
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897. (Diminuzione del rischio).
Se il ***contraente*** comunica all'Assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un ***premio*** minore, l'Assicuratore, a decorrere dalla scadenza del ***premio*** o della rata di ***premio*** successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor ***premio***, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di ***recesso*** dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898. (Aggravamento del rischio).
Il ***contraente*** ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un ***premio*** più elevato.
L'Assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'***Assicurato*** entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
Il ***recesso*** dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un ***premio*** maggiore.
Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di ***recesso***.
Se il ***sinistro*** si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del ***recesso***, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse

esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il ***premio*** stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899. (Durata dell'assicurazione).
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'Assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può' proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del ***premio*** rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'***Assicurato***, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà' di ***recesso*** è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più' volte, ma ciascuna proroga tacita non può' avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901. (Mancato pagamento del *premio*).
Se il ***contraente*** non paga il ***premio*** o la prima rata di ***premio*** stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il ***contraente*** paga quanto è' da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il ***contraente*** non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il ***premio*** o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del ***premio*** relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art.1910. (Assicurazione presso diversi Assicuratori).
Nel caso di ***sinistro***, l'***Assicurato*** deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'***Assicurato*** può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913. (Avviso all'*Assicurato*re in caso di *sinistro*).
L'***Assicurato*** deve dare avviso del ***sinistro*** all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il ***sinistro*** si è verificato o l'***Assicurato*** ne ha avuta conoscenza. Non è' necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto intervengono entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del ***sinistro***.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914. (Obbligo di salvataggio).
L'***Assicurato*** deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'***Assicurato*** sono a carico dell'Assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del ***sinistro***, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'Assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.
L'Assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'***Assicurato*** per evitare o diminuire i danni del ***sinistro***, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.
L'intervento dell'Assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'Assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'***Assicurato***, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.
L'***Assicurato*** che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'***Assicurato*** omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952. (Prescrizione in materia di assicurazione).
Il diritto al pagamento delle rate di ***premio*** si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri 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, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

GLOSSARIO

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Conclusione del trattamento attivo per patologie oncologiche: si intende la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico effettuato, in mancanza di recidive, da cui decorre il periodo per maturare il diritto all'oblio oncologico.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dagli articoli 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

Franchigia: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato. Può essere espressa, secondo le garanzie, invalore assoluto o in percentuale.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortuni: eventi dovuti a causa fortuita, violente ed esterna, che producono lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Infortunio Professionale: quello avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Infortunio Extraprofessionale: quello avvenuto durante l'attività non professionali e il tempo libero.

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo.

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Recesso: Diritto del Contraente e della Società di risolvere la polizza ai sensi delle Condizioni di Assicurazione o ai sensi degli articoli del C.C.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazione o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, o il ricovero in forma di Day-Hospital;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società: l'impresa assicuratrice.

SIAMO IN DUE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

N. Proposta	Intermediario	Cod. Int.	C. Sub. Int.	Cod. Prodotto
				022.2016.SIDS

Contraente Codice Fiscale

Indirizzo CAP Località Provincia

Indirizzo Email

Decorrenza	Scadenza	1^scad. Succ.	Fraz.	Durata (AA/MM/GG)	Ricorrente	Tacito rinnovo	Tipo Coass.

ASSICURATI

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Professione	Garanzia

GARANZIE - SOMME ASSICURATE - PREMI

Garanzia		Somma Assicurata	Premio lordo
1	Morte da Infortunio		
	Invalidità permanente (INAIL)		
	Rimborso spese di cura		
	11 Totali:	**Premio Fraz.to**	
	Totale Premi	**Premio Fraz.to**	

PREMIO DA PAGARE		Pr.netto	Spese di emissione	Imponibile	Tasse	Totale€
Premio Firma sino al	02/02/2029					
Rate Future dal	02/02/2029					

Modalità di Pagamento: Contanti sino a 750,00 euro, Assegni, Bonifici, con Pos (per importi da C 30)

Ai sensi e per gli effetti degli artt.1892 e 1893 e.. il Contraente e gli Assicurati sotto la propria responsabilità in relazione ai rischi proposti dichiara/no:

a) di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesioni di arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici arti inferiori, alluce valgo, meniscoctomla, chirurgia estetica, parto);

b) di non aver avuto Invalidità Permanenti accertate da infortunio o malattia.

e) di aver preso atto delle franchigie e/o scoperti previsti per ciascuna garanzia ed indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

AWERTENZE:

-LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTEPER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE. È FATTO SALVO IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO;

• ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURATO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIRCARE L'EFFITTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTO A CARICO DELL'ASSICURATO MEDESIMO.

- L'ASSICURATO NON È TENUTO A SOTTOPORSI A VISITE MEDICHE DI CONTROLLO E ACCERTAMENTI SANITARI FINALIZZATI AD OTTENERE INFORMAZIONI IN MERITO A PATOLOGIE ONCOLOGICHE DA CUI LO STESSO SIA STATO PRECEDENTEMENTE AFFITTO E IL CUI TRATTAMENTO ATTIVO SI SIA CONCLUSO, SENZA EPISODI DI RECIDIVA, NEI TERMINI INDICATI DALLA LEGGE N. 193 DEL 2023 E NEI RELATIVI DECRETI ATTUATIVI.

Il Contraente Assicurato

Ai sensi e per gli effetti dell'Art.1341 c.c., Il Contraente dichiara:

-di ricevere, insieme alla presente Proposta, il Set Informativo Mod.022. 2016.SIDS,il Questionario Demands & Needs I Adeguatezza Mod. QA.001.2010, l'informativa Privacy Mod. PY.001.2018.

-di ricevere l'informativa riguardante i dati generali dell'intermediario e della sua attività, la distribuzione di prodotti assicurativi diversi dai prodotti di investimento assicurativi e le regole di comportamento dell'intermediario o di averne preso visione all'interno dei locali dell'intermediario (conforme al modello allegato al Regolamento 40/2018 IVASS *e* s.m.i.)

-di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione contenute nel suddetto Set Informativo:

FACSIMILE

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit
Sede Legale in via Valtorta, 48 – 20127 Milano (MI)
Tel. +39 02 8905 0011
info@bene.it - beneassicurazioni@legalmail.it
www.bene.it

Capitale sociale 25.199.00,00 euro i.v. - C.F/P.IVA. 09599100964 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180 – Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

Art.2 - Oggetto dell'assicurazione Infortuni; Art.8 - Attività assicurabili; Art.9 - Criteri d'indennizzo; Art.10 - Limiti d'indennizzo delle garanzie;Art.11 – Limite Catastrofale; Art. 12 –

Esclusioni: Art. 13- Cessazione dell'assicurazione; Art. 14 - Obblighi del Contraente o Assicurato in caso di sinistro; Art.15 - Controversie-Arbitrato;Art. - 19 Altre assicurazioni; Art.
20 - Decorrenza e durata dell'assicurazione Pagamento del premio: Art. 21 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;Art. 22 - Modifiche dell'assicurazione; Art. 23 - Aggravamento del rischio; Art. 25 - Limiti Territoriali; Art.26 - Diritto di recesso polizze poliennali; Art. 27-Recesso in caso di sinistro; Art.28 - Proroga dell'Assicurazione; Art.31-Forma delle comunicazioni; Art.32-Foro competente; Art.34-Prescrizione;

Il Contraente

L'Intermediario

Emessa in 3 originali il Mod.
PR.022. 2016.SIDS

FACSIMILE