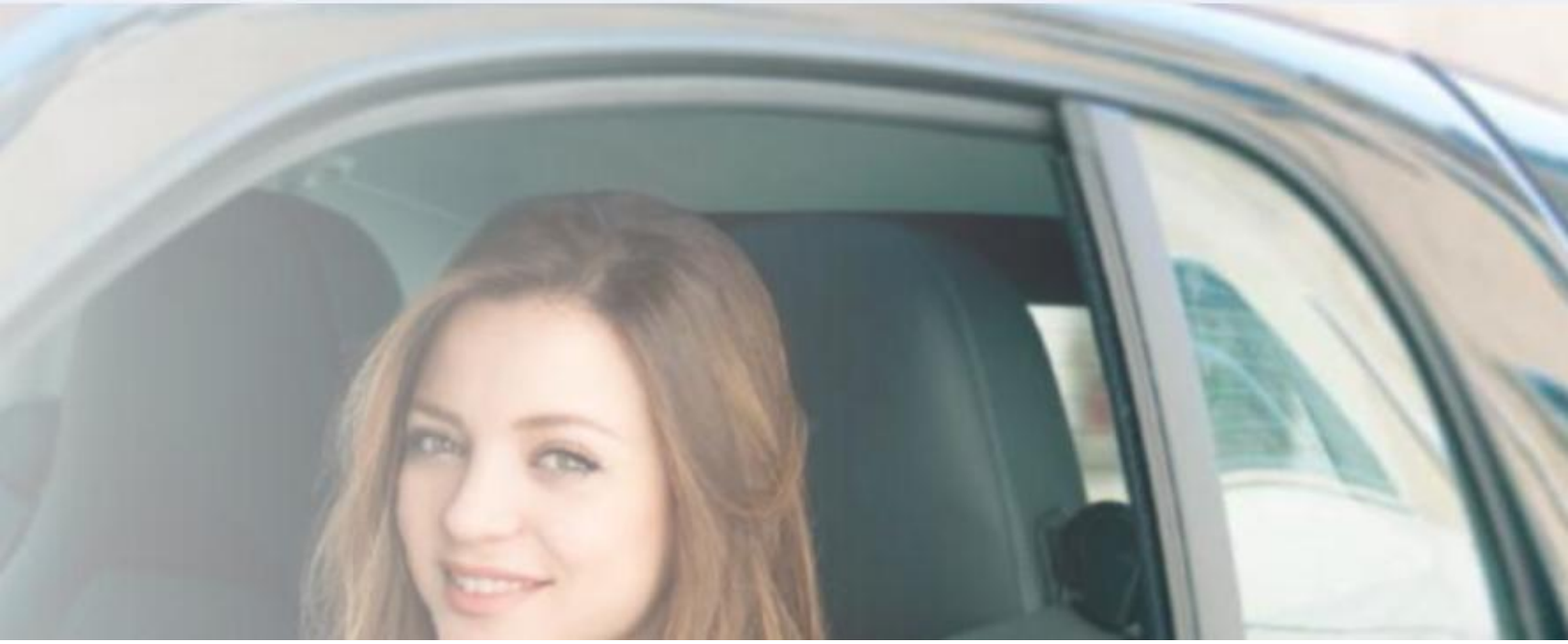


Contratto di Assicurazione

Infortuni individuale o cumulativa

INSIEME AL VOLANTE

Mod. 023. 2016.IVASS ed.05.26

Il presente Set Informativo contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione con Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Contratto o della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

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

Polizza INSIEME AL VOLANTE mod. 023023. 2016.IAVS.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
Bene Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "INSIEME AL VOLANTE"
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

INSIEME AL VOLANTE è una polizza Ramo Infortuni che prevede indennizzi finalizzati in caso di Infortuni da circolazione stradale alla guida di veicoli a motore, per recuperare quella parte di reddito che potrebbe venir meno a causa dagli eventi assicurati che ne impedirebbero la capacità di produrlo con il proprio lavoro. In caso di Morte, un capitale per gli eredi.

Che cosa è assicurato?

Sono assicurati in base alle scelte del Contrante-Assicurato:

- ✓ **Morte** da Infortunio
- ✓ **Invalidità Permanente** da Infortunio
- ✓ **Diarie da Ricovero e Gessatura** da Infortunio
- ✓ **Rimborso spese di cura** da Infortunio

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- ✘ Che abbiano una età non compresa tra 18 e 74 anni non compiuti alla data di stipula della polizza;
- ✘ Non in possesso di regolare permesso di condurre (Patente) non scaduto o con i requisiti per il rinnovo.

Sono esclusi i conducenti se si trovino su veicoli diversi dai seguenti:

- ✘ Autovetture, comprese SUV e Fuoristrada immatricolati anche come Conto Proprio o Conto Terzi o Furgoni e Autocarri sino a 350 q.li di pieno carico

Ci sono limiti nella copertura?

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

! L'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella:

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Da 1 a 3	0%
Da oltre 3 e sino a 29	La percentuale di IP accertata detratta la franchigia fissa del 3%
Da oltre 29 e sino a 100	La percentuale di IP accertata

! **RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**
Relativamente gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, verranno indennizzate con il limite del 25% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 90 giorni dalle dimissioni di ricovero

! **GARANZIA DIARIA DA RICOVERO-GESSATURA**
Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero o di Gessatura non verranno indennizzati a titolo di franchigia (2 gg). In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata

Dove vale la copertura?

- ✓ Le Garanzie Infortuni e Malattia valgono in tutto il mondo
- ✓ La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.

Che obblighi ho?

Dichiarare quanto previsto nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. 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, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile.

Quando e dove devo pagare?

- Il primo premio si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. I premi successivi, se previsti, alle rispettive scadenze stabilite secondo il tipo di frazionamento di polizza.
- Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stato conclusa la polizza. MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da almeno 30 Euro)

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.
- L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale se disdetta, altrimenti si rinnova tacitamente

Come posso disdire la polizza?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

Polizza INSIEME AL VOLANTE
mod. 023. 2016.IAVS ed.05.26
DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI
Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit - Prodotto "INSIEME AL VOLANTE"
Il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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.

Che cosa è assicurato?

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

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	01) **dalla guida di qualsiasi Veicolo di cui all'Art.3 delle presenti Condizioni, se l'Assicurato 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;** 02) **dalla guida di qualsiasi Veicolo a motore diverso da quelli descritti all'Art.3 delle presenti condizioni, come taxi, motocicli, moto, autocarri superiori a 350 q.li di pieno carico e veicoli immatricolati come "noleggio senza conducente"** se non derogati nella scheda di polizza**;** 03) **dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;** 04) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato-conducente;** 05) **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione-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

Che obblighi ho?

Seguono le informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

COSA FARE 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 decessi;
c) c) far pervenire tempestivamente dichiarazioni e/o Cartelle Cliniche e notule di spese sostenute a dimostrare l'entità delle diarie e le spese per le quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo.

Inoltre, il Contraente o l'assicurato devono:

a) dare dimostrazione della persona assicurata come Conducente del veicolo identificato e assicurato che fosse alla guida del veicolo stesso;
b) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;

c) 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
d) d) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) 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.

Assistenza diretta/ In Convenzione	Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.
Gestione da parte di altre Imprese	Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.
Prescrizione	I diritti derivanti dal contratto d'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 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 CC.
Obblighi dell'Impresa	La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana.

Quando e come devo pagare?

Premio: **Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni**
Rimborso: Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata: **Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni**
Sospensione: Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto

Come posso disdire la polizza?

Disdetta: **Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni**
Ripensamento dopo la stipulazione: Il prodotto non prevede la clausola di recesso entro un periodo dalla data di stipulazione
Risoluzione: Il contratto si può risolvere solo con disdetta o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.

A chi è rivolto questo prodotto

Alle persone che guidano normalmente un veicolo a motore che in caso di Infortuni da circolazione stradale 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.

Qu ali costi devono sostenere
- Il premio annuo, frazionabile senza aumento di interessi come da tariffe previste dal prodotto. - Costi di Intermediazione: In media gli intermediari ricevono una commissione del 44,80% del premio imponibile.

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, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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	**Arbitrato** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia e sulla quantificazione dei giorni della Inabilità Temporanea 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.

	Per **liti transfrontaliere** è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

AVVERTENZA: **PRIMA DI RISPONDERE ALLE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA PROPOSTA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**
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.

GARANZIE PRESTATE

ART. 1 – MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata, per la persona deceduta in conseguenza di un infortunio da circolazione stradale (definizione), in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza.

ART. 2 – INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo in base alla somma assicurata, per le conseguenze di infortuni da circolazione stradale (definizione) che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

ART. 3 – DIARIA DA RICOVERO e/o GESSATURA (garanzia Opzionabile)

ART. 3.1 – Diaria da ricovero:

La Società corrisponde la diaria assicurata per ogni giorno di degenza in cui un infortunio da circolazione stradale (definizione) causi all'Assicurato il ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) anche in forma di Day Hospital, per la durata massima di 30 giorni per evento e massimo n.60 giorni per anno assicurativo.

ART. 3.2 – Diaria da gessatura:

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata una gessatura in Istituto di cura o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria assicurata sino alla rimozione delle gessature (vedasi definizione) nel limite massimo di 30 giorni per evento e massimo n.60 giorni per anno assicurativo.

ART. 3.3 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (garanzia Opzionabile)

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma assicurata, il rimborso delle spese sostenute durante e dopo il ricovero in ospedale, clinica o pronto soccorso a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, e più precisamente delle spese:

a) per gli accertamenti diagnostici durante il ricovero (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 un massimo di giorni 30 per evento.

e) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie post-operatorie, post-ricovero o post pronto soccorso, con il limite del 25% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 90 giorni dalle dimissioni.

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 4 – GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione per Infortuni della Circolazione Stradale vale per:

- chiunque, alla guida di un veicolo a motore identificato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione che sia un'autovettura, comprese SUV e Fuoristrada immatricolati anche come Conto Proprio o Conto Terzi o Furgoni e Autocarri sino a 350 q.li di pieno carico, altrimenti se derogate nella scheda di polizza,

che producano lesioni obbiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente, il ricovero o la gessatura o rimborsi per cure come da definizioni garanzie prestate.

La identificazione del veicolo assicurato è sempre determinata dalla targa dello stesso. Qualora in corso di contratto il contraente cambi veicolo e dimentichi in buona fede di comunicare la variazione alla Società, la stessa riterrà valida come variazione quella effettuata relativamente alla polizza RCA che abbia sostituito il veicolo assicurato anche nella presente polizza Infortuni.

ART. 4.1 – 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.

ART. 5 – 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 ed 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. 6 – ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'assicurato può richiedere esclusivamente per la garanzia Invalidità Permanente, 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 stesso 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. 7 – CUMULO INDENNIZZI

7.1 – 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 eventuale differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.
7.2 – L'indennizzo per il caso di Ricovero non è cumulabile con quello della Gessatura e viceversa, ovvero in caso di ricorrenza di entrambe gli eventi, ricovero più gessatura nelle stesse giornate, verrà liquidata sempre e solo la diaria assicurata come unica indennità.

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 8 – Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

01) dalla guida di qualsiasi Veicolo di cui all'Art.3 delle presenti Condizioni, se l'Assicurato 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;
02) dalla guida di qualsiasi Veicolo a motore diverso da quelli descritti all'Art.3 delle presenti condizioni, come taxi, motocicli, moto, autocarri superiori a 350 q.li di pieno carico e veicoli immatricolati come "noleggio senza conducente" se non derogati nella scheda di polizza**;**
03) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;
04) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato-conducente;
05) 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.).
06) Sono altresì' esclusi dall'assicurazione:
- le ernie di qualsiasi tipo;
- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 9 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive 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. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo, determinano la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 10 - ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente è esentato dal dichiarare altre assicurazioni stipulate che siano sempre su Conducente occasionale su ogni mezzo assicurato.

ART. 11 – REQUISITI I ASSICURABILITA'
Gli assicurati, secondo la scelta operata nella scheda di proposta e certificato, dovranno:
a) avere una età compresa tra 18 e 74 anni non compiuti alla data di stipula della polizza;

b) essere in possesso di regolare permesso di condurre (Patente) non scaduto o con i requisiti per il rinnovo.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 12 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata per persona deceduta in conseguenza di un infortunio in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 13 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni: (Tabella Invalidità Permanente ANIA):

Tabella accertamento grado di Invalidità Permanente

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	**% Destro**	**% Sinistro**
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
la falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con prono supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
Esiti di rottura tendinea completa, indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivato:		
del capo prossimale o distale del bicipite brachiale	5%	4%
di un tendine della cuffia dei rotatori	5%	4%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	**% Unica**	
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%	
di un piede	40%	
di ambedue i piedi	100%	
di un alluce	5%	

di un altro dito del piede	1%
della falange ungueale dell'alluce	2,5%
Postumi di lesioni meniscali:	
se complete e disposte in senso trasversale	3%
in tutti gli altri casi	1%
Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:	
collaterale interno	12%
collaterale esterno	8%
crociato anteriore	6%
crociato posteriore	6%
Anchilosi:	
dell'anca in posizione favorevole	35%
del ginocchio in estensione	25%
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo:	
sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di rottura tendine completa indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivato:	
tendine di Achille	4%
quadricipite femorale	5%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12a 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 sacro	
Perdita totale anatomica o funzionale di:	3%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
un orecchio	10%
ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	
bilaterale	4%
Perdita anatomica di:	10%
un rene	15%
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%	35%

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.*

C)In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate 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 al punto B) 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 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 al punto B) 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.**

E) 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. 14 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E FRANCHIGIE SULLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Sulla somma assicurata l'indennizzo verrà liquidato previo deduzione di una franchigia fissa pari a 3 punti percentuali del grado di Invalidità Permanente accertata. Pertanto, verrà liquidata la percentuale di Invalidità Permanente accertata dedotta la predetta franchigia. Se l'Invalidità Permanente accertata sarà superiore al

29% sarà liquidata senza deduzione di alcuna franchigia.

Schema riepilogativo

Punti di % di invalidità permanente accertata	**Punti di % di invalidità permanente liquidabile**
Da 1 a 3	**0%**
Da oltre 3 e sino a 29	**La percentuale di IP accertata detratta la franchigia fissa del 3%**
Da oltre 29 e sino a 100	**La percentuale di IP accertata**

ART. 15 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E FRANCHIGIE SULLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO-GESSATURA -

La Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata come prevista nelle "Descrizione della Garanzia" Art.3.1 e 3.2, Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata del ricovero o della gessatura e su presentazione di cartella clinica se predisposta; il primo e l'ultimo giorno di Ricovero o di Gessatura non verranno indennizzati a titolo di franchigia (2 gg). In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 16 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

<u>Il Contraente o l'Assicurato devono:</u>

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 decessi;

c) far pervenire tempestivamente dichiarazioni e/o Cartelle Cliniche e notule di spese sostenute a dimostrare l'entità delle diarie e le spese per le quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo.

<u>Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:</u>

a) dare dimostrazione della persona assicurata come Conducente del veicolo identificato e assicurato che fosse alla guida del veicolo stesso;

b) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;

c) 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.
d) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) 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.

ART.17 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE
L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e le altre prestazioni sanitarie, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art. 16 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data dell'infortunio. 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. 18 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE
Le controversie di natura medica sulle cause o sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzo previsti, potranno essere demandate per iscritto 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 dei Medici. Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per 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 permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale 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 sin d'ora a qualsiasi impegnativa salvo i casi di violenza, dolo, errori e violazioni dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna delle parti.

ART. 19 - 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 CC.

ART. 20 - Altre assicurazioni
Il Contraente è esonerato dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **in caso di sinistro però deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART. 21 - 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 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. i premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

ART. 22 Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 23 - Aggravamento del rischio
Vista la natura del rischio assicurato, Il Contraente è esonerato dal comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio.

ART. 24 - Diminuzione del rischio
Vista la natura del rischio, la Società non sarà tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C.

ART. 25 - 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. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; 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 assicurazione non corso. Il recesso potrà essere esercitato anche solo relativamente ad un mezzo assicurato nel caso di assicurazione cumulativa.

ART. 26 - Proroga dell'assicurazione.

E' facoltà delle parti recedere ad ogni scadenza annuale dell'Assicurazione mediante comunicazione scritta inviata per raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Nel caso in cui la presente polizza fosse stata emessa in sostituzione di una precedente polizza, senza variazione in aumento delle Somme Assicurate e del relativo premio, la prima scadenza annuale di riferimento per recedere dal contratto, rimarrà quella prevista nel contratto sostituito.

ART. 27 - Oneri fiscali

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

ART. 28 - Rinvio alle norme di legge

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

GLOSSARIO: Definizioni

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione: il contratto di assicurazione;
Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;
Franchigia: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato. Può essere espressa, secondo le garanzie, in valore assoluto o in percentuale.
Gessatura: tutela fissa esterna, costituita da fasce, gesso, resine o materiali equivalenti, tutori o altri immobilizzatori mantenuti continuamente da parte dell'Assicurato e non temporaneamente rimovibile dallo stesso;
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 da Circolazione Stradale: l'infortunio derivante all'Assicurato quale conducente di Veicolo a motore che sia un'autovettura, comprese SUV e Fuoristrada immatricolati anche come Conto Proprio o Conto Terzi o Furgoni e Autocarri sino a 350 q.li di pieno carico, da incidente da circolazione su strade pubbliche o private sia con altri veicoli identificati che con corpi fissi o nello svolgimento di riparazioni di fortuna sul veicolo a seguito di guasti per la ripresa della marcia.
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: Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.