



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

CF Infortuni BPASS

Mod. 008.2016. IBP ed.05.17

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Proposta di Assicurazione ,**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informati

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 38.707.500,00 i.v. – C.F./P.IVA: 09395811004- REA CCIA Roma
n. 1160328 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 – Autorizzazione
all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 – G.U.
n. 195 23/08/2007 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



NOTA INFORMATIVA RESA DA CF ASSICURAZIONI S.p.A. IN RELAZIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.

La presente nota informativa è aggiornata al **30.05.2017**

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com cfassicurazioni@pec.it, Capitale sociale 38.707.500 i.v. - C.F./P.IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. IVASS (già ISVAP) n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2- Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 25.281.725,00 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 34.061.500,00;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 5.212.394,00.

L'indice di solvibilità è pari al 63,49% riferito alla gestione danni e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente (a far data dal 1 gennaio 2016 è entrata in vigore la nuova normativa denominata Solvency II).

L'Assemblea Straordinaria dei Soci in data 10 marzo 2017 ha deliberato:

- di coprire la perdita emergente dalla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2016 tramite utilizzo della riserva da sovrapprezzo di emissione e riduzione del capitale sociale;
- di aumentare il capitale sociale della Compagnia ad Euro 38.707.500.

Si riporta di seguito la composizione del patrimonio netto aggiornato sulla base delle operazioni appena descritte con riferimento ai valori risultanti dal bilancio civilistico 2016.

(valori in €/000)

Voci	Capitale Sociale	Riserva sovrapp. Emissione	Riserva legale	Altre riserve	Utili/perdite portati a nuovo	Risultato di esercizio	Totale
Saldo al 31/12/2016	34.061	46	0	5.166	-12.033	-1.958	25.282
Patrimonio netto dopo operazioni sul capitale	38.707		0	408			39.115

Alla luce di tali operazioni la situazione l'indice di solvibilità al 31 marzo 2017 risulta essere pari al 155,53%. I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione.

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è annuale con tacito rinnovo o poliennale senza Tacito rinnovo. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.28 delle Condizioni di Assicurazioni

Articolo 3 - Coperture assicurative offerte- Limitazioni ed Esclusioni

Il contratto di assicurazione è stipulato nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione CF, garantisce all'assicurato, in caso di morte da infortunio o Invalidità Permanente Totale, il pagamento di un indennizzo pattuito in Polizza nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi.

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, esclusi quelli 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).

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.

Garanzie prestate

- A) Morte
- B) Invalidità Permanente Totale definita se almeno pari al 60%
- C) Invalidità Permanente da Malattia definita se almeno pari al 55%
- D) Diaria da Ricovero da Infortunio (garanzia facoltativa)
- E) Rimborso Spese di Cura (garanzia facoltativa)

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio, all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di riduzioni di indennizzi e massimali.

La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio è operante come da seguente tabella riportata all'Art.16 delle Condizioni di Assicurazione:

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Da 1 e sino a 59	0,00
Da 60	100,00

AVVERTENZA: L'Assicurazione non cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 80esimo anno di età dell'Assicurato ma una volta emesso il contratto avendo l'Assicurato un'età inferiore ai 80 anni, essa continua i suoi effetti sino al momento della manifesta volontà di risoluzione contrattuale decisa da una delle parti. Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4 - Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA: è previsto l'annullamento del contratto quando il contraente, agendo con dolo o con colpa grave, fornisce dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli art.32 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 5 - Aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dal comunicare aggravamenti o diminuzione del rischio non essendo previste classi di rischio diversificate.

Articolo 6 -Premi

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 di pagamento.

La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da almeno 30 Euro)

Articolo 7 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate.

Articolo 8- Diritto di recesso.

AVVERTENZA: Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli art.37 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 9- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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.

Articolo 10 -Legge applicabile al contratto

ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. n.209/05, le parti possono convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 11- Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sugli infortuni, malattia e perdita d'impiego, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai Premi della garanzia Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da infortunio, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fiscalmente a suo carico, i premi danno diritto

ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

In particolare, ai sensi della legge 124/2013, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare) a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni infortuni versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta dei premi versati fino ad un importo massimo di 530 euro.

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 12-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Per aspetti di dettaglio si rinvia agli art. 23 e 28 delle Condizioni di Assicurazioni.

L'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Laddove la Società dovesse richiedere ulteriore documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) le spese relative ai documenti richiesti sono a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia per aspetti di dettaglio agli art. 24 e 29 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 13 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 00142 Roma

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,**
- e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, 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.**

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/finances-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.

Articolo 14 – Arbitrato

AVVERTENZA: 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. 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.

AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO:

Definizioni

Agente: Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Broker (mediatore) di assicurazione: intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese 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.

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

Infortuni: eventi dovuti a causa fortuita, violenta 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.

Invalità Permanente (sia da Infortunio che da Malattia): 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.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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.

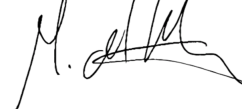
CF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

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

CF Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale

Dr. Michele Cristiano



OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

DESCRIZIONE DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 1 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata, per la persona deceduta in conseguenza di un infortunio, 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 – 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. 3 - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo in base alla Tabella di Invalidità Permanente INAIL.

ART. 4- DIARIA DA RICOVERO –

La Società corrisponde la diaria per ogni giorno di degenza in cui un infortunio causi all'Assicurato il ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) anche in forma di Day Hospital, per la durata massima di 365 giorni per anno e per evento. Ricoveri oltre i confini italiani (San Marino e Vaticano sono considerati entro i confini) saranno indennizzati con un aumento del 50% della diaria giornaliera assicurata. In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata.

Sulla garanzia opera una franchigia pari ai primi due giorni di ricovero, ovvero la diaria viene corrisposta a partire dal 3° giorno di ricovero.

ART. 5 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma assicurata, il rimborso delle spese sostenute durante e dopo il ricovero in ospedale, clinica o da dimissioni da pronto soccorso a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, 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 le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- d) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali, gli esami e le visite specialistiche, le terapie post-ricoveri o pronto soccorso entro 90 giorni dopo le dimissioni;

Sulla garanzia d) opera uno scoperto del 15% col minimo di 100,00 euro. Detto scoperto e minimo non si applicheranno in caso di spese successive a ricoveri o a interventi chirurgici.

GARANZIE INFORTUNI

ART. 6- GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione vale per:

- gli infortuni professionali,
- gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,

che producano lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea o determinino un ricovero, una gessatura, dei punti di sutura o una immobilizzazione totale.

Sono assicurabili tutte le persone da 0 a 79 anni di età, minimo 18 anni se contraenti della polizza. L'Assicurazione non cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 79esimo anno di età dell'Assicurato ma continua i suoi effetti sino al momento della manifesta volontà di risoluzione contrattuale decisa da una delle parti con preavviso di almeno 30 giorni come previsto

nel successivo Art.38 delle presenti condizioni.

ART. 6.1 - 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. 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 dell'Ufficio Italiano Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono considerati infortuni anche:

ART. 6.2 - l'asfissia non di origine morbosa;

ART. 6.3 - gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);

ART. 6.4 - quelli subiti a seguito di malore o incoscienza;

ART. 6.5 - i colpi di sole e di calore;

ART. 6.6 - l'annegamento;

ART. 6.7 - il congelamento e l'assideramento;

ART. 6.8 - le punture di insetti e i morsi di animali ;

ART. 6.9 - infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni;

Resta convenuto, per questi ultimi eventi, in caso di sinistro che colpisca più assicurati con polizze della Società, l'esborso massimo non potrà superare Euro 1.500.000. 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.

Si intendono in garanzia inoltre.

ART.6.10 - le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie del disco, muscolari e delle rotture sottocutanee dei tendini;

ART.6.11 - 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,;

ART.6.12 - 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. **La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.**

ART. 7 - 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, esclusi quelli 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. 7.1 - La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 7.2 - 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. 7.3 - 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;

Euro 250 al giorno per il caso di inabilità temporanea assoluta.

ART. 8 - 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.

ART. 9 - 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. 10 - 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, non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 11 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Nel caso in cui la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 CC..

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 12- Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore 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 o derivanti da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta trampolino con sci o idrosci, 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), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;

04) dalla partecipazioni 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;

05) 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;

06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

07) da guerra e/o insurrezione;

08) 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.).

09) Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le ernie di qualsiasi tipo;

- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini;

ART. 13 - 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. E' 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. 14 - 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. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo, determinano la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal dichiarare altre assicurazioni operanti sull'Assicurato per i medesimi rischi qui assicurati, resta fermo l'obbligo di denunciare, in caso di sinistro, l'evento a tutte le compagnie assicuratrici ai sensi dell'Art.1910 del CC.

ART. 16- ATTIVITÀ ASSICURATE

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 cavaiole, militari, forze dell'ordine e piloti di veicoli aerei.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 17 - 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. 18 - 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 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 dell'avambraccio	75%		65%
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 o quasi	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 - carpica 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 e in posizione favorevole		45%	
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.

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.

ART. 19 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Sulla Somma Assicurata l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Sino a 59	0,00
Da oltre 59	Totale somma assicurata

ART. 20 -DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata come prevista nelle "Descrizione della Garanzia", Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata del ricovero e su presentazione di cartella clinica se predisposta; i primi due giorni di ricovero non verranno indennizzati a titolo di franchigia. In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata. In caso di ricovero all'estero, la diaria viene indennizzata maggiorata del 50% di quella assicurata.

ART.21 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio , il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza e con le condizioni di cui all'Art.9 delle presenti Condizioni.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi chirurgici di natura plastica, salvo quelle rese necessarie per ricostruzioni post traumi o per contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART.22 - LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 3.000.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 23- OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 7 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 notule, ricevute, fatture, quietanze, ed altri documenti, atti a dimostrare l'entità delle spese effettivamente sostenute per le 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 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.24 - 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.23 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. 25 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il sinistro e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del sinistro.

OGGETTO DELLE GARANZIE MALATTIA

ART. 26 - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente Totale insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque non prima di 60 giorni dalla predetta data , di grado superiore al 54% e se questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata, verrà liquidato un indennizzo pari alla somma assicurata.

Criteri liquidazione:

Punti di percentuale di invalidità permanente accertata	Punti % di invalidità permanente liquidabile
Sino a 54	0,00
Da oltre 54	Totale somma assicurata

Sulla garanzia opera una carenza di 60 giorni dalla decorrenza delle garanzie.

ART.27 – ESCLUSIONI INERENTI LE GARANZIE MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura:

- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza dichiarate o meno nel questionario anamnestico allegato per ciascun assicurato, che costituiscono parte integrante della presente assicurazione;
- malattie tropicali;
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione-fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine- acceleratrici, raggi X).

ART.28- OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

l'Assicurato deve:

- a) effettuare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, la denuncia di sinistro ed allegare la o le cartelle cliniche inerenti i ricoveri, e i certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e conseguenze della malattia.
- c) Presentare, le certificazioni degli istituti o dei medici legali che attestino il grado di Invalidità permanente riconosciuta.

ART.29 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE

L'assicurazione è valida purché l'invalidità permanente, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art.28 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data della malattia. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della Malattia, avvenuta durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

ART. 30 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il sinistro e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del sinistro.

ART. 31 - CONTROVERSIE SU INFORTUNI O MALATTIA – ARBITRATO IRRITUALE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o delle malattie, 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. 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 32 - 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. 33- Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato sono esentati dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; ma **in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART. 34 - 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. 35 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 36 - Aggravamento o diminuzione del rischio

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.

ART. 37 - Recesso dall'Assicurazione 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, dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

ART. 38 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno. Anche se il contratto fosse stipulato per una durata poliennale. Se il contratto è stipulato con durata pluriennale e pagamento unico anticipato, la polizza scade alla scadenza senza necessità di disdetta delle parti. **Il Contraente ha diritto di recedere ai sensi dell'Art.1899 del C.C., polizze poliennali trascorso il quinquennio, ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, senza oneri aggiuntivi e con rimborso del premio netto se corrisposto in unica soluzione se corrisposto per sette o dieci anni.**

ART. 39 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 40 - Rinvio alle norme di legge

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