

RATAFORTE ASSIMOCO



**Proteggi la tua casa.
Scegli la combinazione
giusta per te**

**Linea Protezione
Patrimonio**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa Precontrattuale**
- **Definizioni**
- **Condizioni Contrattuali**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del documento di polizza.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

RATAFORTE ASSIMOCO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Mod. D 376 CG 01 - Ed. 01/2009

INDICE

Nota Informativa	pag. 4	Sezione Responsabilità Civile della Famiglia	pag. 18
Definizioni	pag. 4	Sezione Protezione Persona	pag. 21
Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 8	Sezione Assistenza	pag. 31
Sezione Incendio All Risk	pag. 10	Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196	pag. 38
Sezione Furto	pag. 16		

NOTA INFORMATIVA

predisposta ai sensi dell'art. 185, Decreto Legislativo 7 Settembre 2005, n. 209, Codice delle Assicurazioni Private, ed in conformità con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 Giugno 1997, n. 347/D del 5 Novembre 1998, n. 420/D del 7 Novembre 2000 e n. 502/D del 25 Marzo 2003.

ASSIMOCO S.p.A. - Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Movimento Cooperativo - di seguito denominata "l'Impresa" - fornisce al Contraente le seguenti informazioni, che hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali: per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle Condizioni Generali e Particolari contenute in polizza.

A) INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. Denominazione: ASSIMOCO S.p.A. - Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Movimento Cooperativo.

2. Autorizzazione: L'Impresa è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 11/06/1979 - Gazzetta Ufficiale n. 195 del 18/07/1979.

3. Sede Legale: La Sede Legale e la Direzione Generale della Compagnia sono in Italia a Segrate (MI) - Centro Direzionale "Milano Oltre" - Palazzo Giotto - Via Cassanese 224.

B) INFORMAZIONI RELATIVE A TUTTI I CONTRATTI

Legislazione applicata

Premesso che le Parti, ai sensi dell'art. 180 del Codice delle Assicurazioni Private D.Lgs. 07/09/2005, n. 209, hanno la libertà di scegliere la legislazione applicabile al contratto, l'Impresa propone di applicare quella italiana.

Qualora si scelga una legislazione diversa da quella italiana, le disposizioni specifiche dettate dalla legge italiana e le norme imperative del diritto italiano hanno prevalenza su quelle della legislazione scelta.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Premi e Gestione - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE (MI) ovvero via fax al numero 0226962407 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclamipremi@assimoco.it.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Sinistri - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE (MI) ovvero via fax al numero 0226962405 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclamisinistri@assimoco.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo), Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Qualora si scelga una legislazione diversa da quella italiana, i reclami saranno da indirizzare all'organo previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo) faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente.

Prescrizione

Con il termine "prescrizione" si intende una causa di estinzione del diritto determinata dal mancato esercizio dello stesso, entro il termine stabilito per legge.

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nei termini indicati all'art. 2952 C.C..

D) INFORMAZIONI RELATIVE AI CONTRATTI MALATTIA

Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata alle parti entro il termine previsto dalle Condizioni Generali e Particolari, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 C.C. Il comma.

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dal momento in cui ha effetto il contratto per tutte le prestazioni salvi i casi sottoindicati:

- a) la garanzia per il caso Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;
- b) la garanzia per il caso Perdita di Impiego Involontaria è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;
- c) la garanzia per il caso Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;
- d) la garanzia Invalidità Permanente Totale, nella componente malattia è soggetta ad un periodo di carenza di 3 mesi;
- e) la garanzia Gravi Malattie è soggetta ad un periodo di carenza di 3 mesi.

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892, 1893 e 1894 del C.C..

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Nel testo seguente ASSIMOCO S.p.A. ed il Contraente convenzionalmente attribuiscono i seguenti significati, salvo diverse indicazioni per la sezione ASSISTENZA:

Abitazione principale	abitazione ove l'Assicurato e/o i suoi familiari conviventi (compreso il "convivente more uxorio") risiedono per la maggior parte dell'anno.
Abitazione saltuaria	Abitazione ove l'assicurato e/o i suoi familiari conviventi (compreso il "convivente more uxorio") risiedono saltuariamente per villeggiatura.
Assicurato	soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Capitale Residuo	l'importo del residuo in linea capitale del Finanziamento, dovuto dall'Assicurato al Vincolatario (con esclusione di qualsiasi importo dovuto dall'Assicurato a qualsiasi altro titolo, ad esempio rate scadute, interessi, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.), calcolato in base al piano di ammortamento concordato al momento della stipulazione del Finanziamento stesso.
Contenuto	mobili ed arredamento in genere per abitazione e per eventuale ufficio privato, comprese macchine ed attrezzature d'ufficio, cancelleria, archivi, documenti, tende e tendoni parasole, impianti di prevenzione e di allarme e tutto quanto serve per uso domestico o personale, compresi: gioielli e preziosi (oggetti d'oro o di platino o montati su detti metalli, pietre preziose e perle naturali o di coltura) carte valori e titoli di credito in genere, raccolte e collezioni, denaro, pellicce, tappeti, arazzi, quadri, sculture e simili oggetti d'arte, oggetti e servizi di argenteria, nonché enti ed oggetti pertinenti l'abitazione e/o di uso privato posti in locali non comunicanti con l'abitazione come cantine, soffitte, garage, ripostigli, esclusi comunque: autoveicoli, motocicli e veicoli a motore in genere.
Contraente	persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Danno liquidabile	danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, entro la somma/massimale assicurato o il limite di indennizzo/risarcimento previsto, senza tener conto di eventuali scoperti e franchigie eventualmente applicabili.
Disoccupazione	lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, qualora egli: a) sia incorso in Perdita di Impiego Involontaria; b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di Mobilità regionali; c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.
Ente Privato	ogni soggetto giuridico diverso dall'Ente Pubblico e che non sia comunque riconducibile alla nozione di Pubblica Amministrazione.
Ente Pubblico	ogni soggetto dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con esclusione degli enti pubblici economici.
Esplosione	sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si auto-propaga con elevata velocità.
Fabbricato	l'intera costruzione edile, compresi: fissi, infissi ed opere di fondazione od interrato, ascensori, montacarichi, impianti fissi elettrici ed elettronici, idrici, igienici, nonché di riscaldamento o di condizionamento, pannelli solari e fotovoltaici, citofoni, videocitofoni, centraline antenne TV, antenna televisiva, affreschi e statue che non abbiano valore artistico, tappezzerie, tinteggiature, moquettes, recinzioni e cancelli, nonché box e dipendenze anche se separate dal fabbricato, purché situate nell'area pertinente allo stesso.
Finanziamento/mutuo	il contratto di finanziamento/mutuo sottoscritto tra l'Assicurato ed il Vincolatario.

Franchigia	somma stabilita contrattualmente in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato e che viene dedotta dall'ammontare del danno liquidabile.
Furto	l'impossessarsi di cose mobili altrui, sottraendole a chi le detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.
Incendio	combustione, con fiamma, degli enti materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto-estendersi e propagarsi.
Inabilità Temporanea Totale	la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società, in base all'Assicurazione di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni: <ul style="list-style-type: none"> a) l'asfissia di origine non morbosa; b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive; c) l'annegamento; d) l'assideramento o il congelamento; e) i colpi di sole o di calore; f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie; g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
Invalità Permanente	la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e i soggiorni.
Lastre	lucernari, lastre di cristallo, specchio, mezzo cristallo, vetro ed altri materiali trasparenti (anche con iscrizioni o decori), fissi nelle loro installazioni o scorrevoli su guida, esistenti tanto all'esterno che all'interno del fabbricato, stabilmente collocati su vetrine, porte, finestre, tavoli, banchi, mensole, e simili.
Lavoratore Atipico	La persona fisica per la quale, al momento del Sinistro, sia verificabile lo stato di occupazione sulla base di uno dei seguenti istituti o di altri ad essi assimilabili definiti dalla normativa in vigore: <ul style="list-style-type: none"> - contratto a progetto; - contratto a termine; - contratto di somministrazione; - contratto a intermittenza o chiamata; - contratto di inserimento o di formazione lavoro; - contratto ripartito.
Lavoratore Autonomo	la persona fisica per la quale, al momento del Sinistro, siano verificabili entrambe le condizioni sottoindicate: <ol style="list-style-type: none"> 1) non percepisca, e non abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dell'anno fiscale precedente un reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata); 2) percepisca, e abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dell'anno fiscale precedente e quale reddito prevalente, almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di Società), 50 lett. c-bis (collaborazione senza vincolo di subordinazione, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.
Lavoratore Dipendente	la persona fisica che, al momento del Sinistro, presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in forza di un contratto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato; a tempo determinato; di inserimento, ossia ex contratto di formazione lavoro; di apprendistato; di somministrazione lavoro, ossia ex lavoratori interinali, o altre forme di lavoro atipico) regolato dalla legge italiana con orario di lavoro contrattuale non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50,

comma 1, D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: soci di cooperative, titolari di borse di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lett. c-bis, D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche), i quali sono considerati Lavoratori Autonomi.

Malattia	alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia Significativa	grave alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: diabete, tumore maligno (ivi compreso tumori pre-maligni, maligni allo stadio iniziale, carcinomi in situ), leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.
Massimale assicurato	l'importo che rappresenta il massimo esborso della società in relazione alle garanzie prestate di Responsabilità Civile. Il massimale unico rappresenta altresì il limite per sinistro, per persona e per danni a cose e animali.
Medico	medico abilitato ad esercitare la professione medica in un paese dell'Unione Europea.
Non Lavoratore	la persona fisica che, al momento del Sinistro, non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.
Normale Attività Lavorativa	l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato quale Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo.
Perdita di Impiego Involontaria	la cessazione del rapporto di lavoro subordinato dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, riconducibile esclusivamente ad una delle seguenti cause: a) giustificato motivo oggettivo, cioè un motivo connesso a ragioni inerenti l'attività produttiva, l'organizzazione del lavoro ed il regolare funzionamento di essa in conformità all'art. 3, seconda parte, L. 604/1966; b) licenziamento che segua ad una procedura di riduzione del personale, ivi inclusa la procedura di mobilità, in conformità alla normativa in materia di licenziamento collettivo. Si precisa che l'evento di Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed Edilizia) non costituisce Perdita d'Impiego Involontaria.
Periodo assicurativo	nel caso in cui il contratto preveda una durata annuale o pluriennale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la data di decorrenza della polizza e la prima scadenza annua immediatamente successiva indicata in scheda di polizza come termine contratto e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra due scadenze annue successive di polizza; nel caso in cui il contratto sia stipulato per una durata inferiore all'anno detto periodo coincide con quest'ultima.
Periodo di Carenza	periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha efficacia.
Periodo di Riqualificazione	è il periodo di tempo minimo che deve intercorrere tra la cessazione di un Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza ed il verificarsi di un Sinistro successivo, ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo, così come dettagliato in ciascuna sezione delle Condizioni Particolari di Assicurazione.
Polizza	documento attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio	somma dovuta dal Contraente alla società a titolo di corrispettivo per la prestazione pattuita.
Primo Rischio Assoluto	forma di assicurazione che non prevede, in caso di sinistro, l'applicazione della regola proporzionale di cui all'articolo 1907 del Codice Civile.
Pubblica Amministrazione	lo Stato, le Regioni, le Province anche ad ordinamento autonomo, i Comuni e tutte le loro articolazioni organizzative, le Comunità montane, i consorzi e le associazioni fra enti pubblici territoriali, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, tutti gli enti non economici dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, fra i quali -a titolo esemplificativo e non esaustivo - gli istituti e scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le Autorità portuali.
Rata	ciascuna rata mensile di rimborso del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, in conformità al piano di ammortamento concordato dall'Assicurato al momento di stipulazione del Finanziamento, o come risultante al momento del sinistro in caso di Finanziamento a tasso variabile.

Rapina	l'impossessarsi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, per procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto, mediante violenza alla persona o minaccia.
Ricovero	la permanenza in Istituto di cura che comporti pernottamento.
Scippo	il furto commesso strappando la cosa di mano o di dosso alla persona che la detiene.
Scoperto	somma stabilita contrattualmente, calcolata in percentuale del danno liquidabile e da esso dedotta.
Scoppio	repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna di fluidi non dovuto a esplosione. Gli effetti del gelo e del "colpo d'ariete" non sono considerati scoppio.
Sinistro	verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Assimoco S.p.A.
Somma assicurata	l'importo che rappresenta il massimo esborso della società in relazione alle garanzie prestate.
Terremoto	sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene.
Terrorismo	qualsiasi azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la sua popolazione o parte di essa.
Tetto	complesso degli elementi destinati a coprire e proteggere il fabbricato dagli agenti atmosferici, comprese le relative strutture portanti (orditura, tiranti e catene) e il manto di copertura. Sono altresì compresi tutti gli elementi atti alla raccolta e allo smaltimento dell'acqua piovana.
Vetro antisfondamento	manufatto che offre una particolare resistenza ai tentativi di sfondamento attuati con corpi contundenti come mazze, picconi, spranghe e simili, costituito da più strati di vetro accoppiati tra loro rigidamente, con interposto, tra vetro e vetro uno strato di materiale plastico in modo tale da ottenere uno spessore totale massiccio non inferiore a 6 mm, o costituito da un unico strato di materiale sintetico (policarbonato o simili) di spessore non inferiore a 6 mm.
Villa	abitazione unifamiliare oppure appartamento facente parte di fabbricato destinato ad abitazioni tra loro contigue, soprastanti o sottostanti ma non intercomunicanti, ciascuna con proprio accesso dall'esterno del fabbricato.
Vincolatario	la Banca che ha erogato all'Assicurato il Mutuo o il Finanziamento.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E 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 successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 2 - DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza, ferme restando le facoltà riconosciute dalla legge per il recesso dall'assicurazione stessa.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dalla Società e dal Contraente.

ART. 4 - DICHIARAZIONI INESATTE OD OMISSIONI

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

ART. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società avrà diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dalla Società al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206. In tutti i casi, verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

ART. 6 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

ART. 7 - ESTINZIONE ANTICIPATA DEL MUTUO

Nel caso in cui il contratto di mutuo o di finanziamento venga estinto anticipatamente rispetto all'iniziale durata contrattuale il Contraente potrà richiedere l'estinzione anche della presente polizza; in tale ipotesi l'assicurato avrà diritto al rimborso del premio imponibile pagato e non goduto relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato.

ART. 8 - PORTABILITÀ DEL MUTUO

Nel caso di portabilità del contratto di mutuo o di finanziamento il Contraente potrà richiedere alternativamente:

- a) la continuazione della presente polizza, in accordo con il nuovo soggetto mutuante, per la durata e le condizioni originariamente pattuite con la Società che, ricorrendo tale evenienza, eseguirà le istruzioni impartite dal Contraente variando il beneficiario delle prestazioni (Vincolatario);
- b) l'estinzione della presente polizza: in tale ipotesi il Contraente avrà diritto al rimborso del premio imponibile pagato e non goduto relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato.

ART. 9 - RINEGOZIAZIONE DEL MUTUO EX ART.3 DL N.93/2008 E CONVENZIONE ABI-MEF

Nel caso il mutuo sia rinegoziato, ai sensi della normativa vigente, la presente polizza continua alle condizioni originariamente pattuite.

Al termine della scadenza originaria della polizza o al momento della rinegoziazione del contratto di mutuo la presente assicurazione potrà essere integrata mediante una nuova polizza a nuove condizioni da concordare fra le parti.

ART. 10 - COINTESTAZIONE DEL MUTUO

Ai soli fini della Sezione Protezione Persona, sono da considerarsi assicurati tutti i cointestatari del mutuo o finanziamento.

Le garanzie previste dalle predette sezioni saranno quindi operanti per ognuno in forma proporzionale alla relativa quota di mutuo o finanziamento così come indicate nell'apposito allegato di polizza.

ART. 11 - DETERMINAZIONE DEL DANNO E CONTROVERSIE

Collegio Medico con riferimento alle prestazioni malattia o infortuni.

Ferma la facoltà dell'Assicurato di ricorrere al giudice ordinario competente, in caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia, le Parti possono conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Collegio Arbitrale con riferimento alle prestazioni Incendio e altri danni ai beni, Furto o Responsabilità civile

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

a) direttamente dalla Società, o persona da questa incaricata, con il Contraente o persona da lui designata; oppure, a richiesta di una delle Parti,

b) fra due Periti nominati uno dalla Società ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

I Periti devono:

1. indagare su circostanze, natura, causa e modalità del sinistro;
2. verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero aggravato il rischio e non fossero state comunicate, nonché verificare se l'Assicurato od il Contraente ha adempiuto agli obblighi di cui agli artt. 22, 41, 56;
3. verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle cose assicurate;
4. procedere alla stima ed alla liquidazione del danno comprese le spese di salvataggio.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, con allegate le stime dettagliate, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle valutazioni di cui ai punti 3e 4 sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza, o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità dei danni.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

La Società si obbliga in caso di sinistro, nell'ambito della somma assicurata, a rimborsare le spese e gli onorari di competenza del Perito che l'Assicurato avrà scelto e nominato conformemente al disposto di quanto sopra, nonché la quota parte di spese ed onorari a carico dell'Assicurato a seguito di nomina del 3° Perito.

Agli effetti della presente estensione di garanzia **in nessun caso la Società pagherà, per singolo sinistro, somma superiore a € 2.500,00.**

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE INCENDIO E ALTRI DANNI AI BENI ALL RISKS

ART. 13 - ENTI ASSICURATI

La Società, anche se gli enti di seguito indicati sono di proprietà di terzi, assicura:

- a) il FABBRICATO o parte di esso, la cui ubicazione è indicata in polizza;
- b) il relativo CONTENUTO;

se ed in quanto risultino assicurati nelle relative partite di sezione.

ART. 14 - DESTINAZIONE DEL FABBRICATO

L'assicurazione è prestata a condizione che lo stabile o gli stabili, di cui fanno parte i locali indicati in polizza e le eventuali dipendenze quali cantine ed autorimesse private, siano adibiti per almeno 2/3 della superficie complessiva dei piani - compresi quelli sotterranei ed escluso il sottotetto vuoto e impraticabile - a civili abitazioni, uffici, studi professionali o siano vuoti.

ART. 15 - DESTINAZIONE DEI LOCALI

L'assicurazione è prestata a condizione che i locali indicati in polizza siano adibiti a civile abitazione compreso l'eventuale ufficio o studio professionale coesistente all'interno dell'abitazione stessa o intercomunicante con quest'ultima. Le eventuali dipendenze quali cantine ed autorimesse private devono essere a disposizione esclusiva dell'Assicurato e contenere enti di utilizzo domestico e/o attrezzature per attività del tempo libero.

ART. 16 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da qualsiasi evento qualunque ne sia la causa, compresi i guasti causati per ordine dell'Autorità e quelli arrecati da qualunque persona allo scopo di impedire od arrestare l'evento dannoso.

La Società, in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente sezione, rimborsa altresì:

- le spese sostenute per demolire, sgomberare, trasportare alla più vicina e idonea discarica, smaltire e trattare i residui del sinistro;
- le spese di rimozione, trasporto, ricollocamento e deposito presso terzi degli enti posti nei locali indicati in polizza, nel caso in cui la rimozione sia indispensabile per eseguire le riparazioni ai suddetti locali;
- le spese di rifacimento materiale dei documenti della famiglia nonché quelle per il rimpiazzo del combustibile (gas, nafta, gasolio, cherosene e simili) in caso di fuoriuscita dello stesso dagli impianti -cisterne comprese - di riscaldamento o condizionamento al servizio del Fabbricato.

ART. 17 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono sempre esclusi dall'assicurazione:

a) i danni causati e/o derivati da:

1. urto di veicoli o natanti appartenenti e/o in uso al Contraente o all'Assicurato;
2. dolo del Contraente o dell'Assicurato e dei loro familiari conviventi, dei rappresentanti legali, degli amministratori o dei soci a responsabilità illimitata;
3. inquinamento e/o contaminazione dell'aria, dell'acqua e del suolo, nonché da contaminazione da sostanze radioattive;
4. umidità, brina, condensa, siccità, stillicidio, trasudamento e infiltrazione;
5. funghi, microrganismi, muffa e batteri;

b) i danni derivanti causati o dovuti a:

1. qualsiasi trasmissione elettronica di dati o altre informazioni;
2. qualsiasi virus informatico, "worm", "logic bomb", "Cavallo di Troia" o problemi similari;
3. uso e abuso di qualsiasi indirizzo Internet, siti Web o sistemi similari;
4. qualsiasi dato o altre informazioni situati su siti Web o sistemi similari;
5. qualsiasi perdita di dati o danni a qualsiasi sistema informatico, incluso ma non limitato a hardware o software;

c) i danni indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione, godimento o reddito commerciale o industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità degli enti assicurati.

d) Sono esclusi dall'assicurazione i danni verificatisi in relazione ai seguenti eventi:

1. atti di guerra, insurrezione, occupazione militare ed invasione;
2. esplosione o emanazioni di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
3. tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio;
4. confisca, sequestro, requisizione degli enti assicurati per ordine di qualunque autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata;
5. verificatisi in conseguenza di bradisismo, maremoti, terremoti ed eruzioni vulcaniche;
6. verificatisi in conseguenza di inondazioni, alluvioni, eccesso di marea (acqua alta), mareggiate e penetrazioni di acqua marina, variazione della falda freatica, cedimenti, smottamenti o franamenti del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati.

e) Sono esclusi dall'assicurazione i danni causati e/o derivati da:

1. furto, rapina, estorsione, scippo - sia tentati che consumati - smarrimento, appropriazione indebita, truffa o saccheggio;

2. atti vandalici o dolosi, fatta eccezione per i danni di incendio, esplosione e scoppio anche se causati da ordigni esplosivi;
3. difetti noti al Contraente, all'Assicurato, ai rappresentanti legali, agli amministratori o ai soci a responsabilità illimitata nonché i danni dei quali per legge o per contratto deve rispondere il costruttore o il venditore;
4. mancata o anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica e da alterazione od omissione di controlli o manovre;
5. fenomeni atmosferici;
6. fenomeno elettrico per effetto di correnti, scariche ed altri fenomeni elettrici da qualsiasi motivo occasionati, ivi compresa l'azione del fulmine;
7. gelo;
8. animali e vegetali in genere;
9. montaggio, smontaggio, lavorazione, costruzione, demolizione, manutenzione, restauro, revisione, rinnovo, pulitura, riparazione, pittura e tintura;
10. errori di progettazione, di calcolo, di esecuzione, di installazione e di fabbricazione;
11. vizi di materiale o del prodotto;
12. crollo totale e/o parziale a seguito di collasso strutturale;
13. carenza di manutenzione, usura, logoramento, corrosione, ossidazione, ruggine, incrostazione, deperimento e da naturale e/o graduale deterioramento;
14. guasti e/o rotture in genere a seguito di cadute e urti;
15. guasti e/o rotture in genere causate da sovraccarico ed escursioni termiche;
16. mancata o anormale produzione o distribuzione del freddo, fuoriuscita del fluido frigorifero, mancato o anormale riscaldamento e/o climatizzazione subita dagli enti assicurati;
17. guasti e/o rotture cagionati dai ladri in occasione di furto o rapina consumati o tentati.

Inoltre, salvo che siano a loro volta provocati da incendio, fulmine, esplosione e scoppio che abbiano colpito gli enti assicurati oppure cose poste nell'ambito di 50 metri da questi ultimi, nonché dagli eventi di cui all'articolo Garanzie Aggiuntive, se richiamate, sono altresì esclusi dall'assicurazione i danni causati e/o derivati da:

18. guasti meccanici e/o anormale od improprio funzionamento;
19. bagnatura e/o allagamento;
20. dispersione di liquidi contenuti in serbatoi, silos e vasche;
21. assestamenti, fessurazioni, restringimenti o dilatazioni;
22. distacco di intonaci, di cornicioni, di gronde, di tappezzerie, di moquettes, di pavimentazioni, di affreschi e di dipinti murali;
23. ammaccature, deformazioni, lacerazioni, macchie, bruciature e danni di natura estetica;
24. guasto e/o rottura di condotti in genere;
25. guasti e/o rotture delle lastre di cristallo, vetro ed altri materiali trasparenti.

Nel caso in cui, in conseguenza degli eventi di cui al comma e), derivi altro danno indennizzabile a termini della presente sezione, la Società indennizzerà la sola parte di danno non altrimenti esclusa.

ART. 18 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie previste nella presente Sezione son prestate a Primo Rischio Assoluto.

ART. 19 - FRANCHIGIA

Per ogni e qualsiasi sinistro indennizzabile a termini della presente sezione rimane a carico dell'Assicurato una franchigia di € 500,00.

ART. 20 - COLPA GRAVE E DOLO

La Società indennizza i danni agli enti assicurati causati da eventi per i quali è prestata l'assicurazione anche se avvenuti con:

- a) colpa, anche grave, del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali, degli amministratori o dei soci a responsabilità illimitata e delle persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere a norma di legge;
- b) dolo delle persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere a norma di legge.

ART. 21 - RINUNCIA ALLA RIVALSA VERSO GLI OSPITI

La Società rinuncia - salvo il caso di dolo - al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 del Codice Civile verso le persone che, in qualità di ospiti dell'Assicurato, siano presenti nella sua abitazione purché il Contraente o l'Assicurato stesso, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

ART. 22 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dalla legge ai sensi dell'art. 1914 C.C.;
- b) darne avviso all'Istituto o Ente che ha rilasciato la polizza oppure alla Società entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 C.C.;
- c) fare, nei cinque giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, precisando, in particolare, il momento dell'inizio del sinistro, la causa presunta del sinistro e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa alla Società;

- d) conservare le tracce ed i residui del sinistro fino a liquidazione del danno senza avere, per questo, diritto ad indennità alcuna;
- e) predisporre un elenco dettagliato dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore delle cose distrutte o danneggiate, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato delle altre cose assicurate esistenti al momento del sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione i suoi registri, conti, fatture o qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche.

L'inadempimento di una di tali incombenze può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 23 - ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

ART. 24 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE: ASSICURAZIONE A VALORE A NUOVO

L'assicurazione si intende prestata in base al "valore a nuovo", intendendosi per tale:

- a) per i "fabbricati", la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo di tutto il fabbricato assicurato, escludendo soltanto il valore dell'area;
- b) per l'"arredamento domestico", il costo di rimpiazzo delle cose assicurate con altre nuove eguali oppure equivalenti per rendimento, funzionalità ed estetica, ivi comprese le spese di trasporto e montaggio; dalla presente condizione si intendono esclusi: gioielli, preziosi, denaro, raccolte e collezioni, carte valori, titoli di credito, quadri, arazzi, oggetti d'arte, mobili antichi.

ART. 25 - LIMITE MASSIMO DELL'INDENNIZZO

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 C.C. per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata.

ART. 26 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione.

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà effettuato qualora dal procedimento stesso risulti che non ricorre alcuno dei casi previsti dall'art. 17 lettera a) punto 2).

CONDIZIONI AGGIUNTIVE (sempre operanti)

ART. 27 - EVENTI ATMOSFERICI

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettere e-5), e-19), la Società indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da:

- eventi atmosferici quali uragano, bufera, ciclone, tempesta, trombe d'aria, vento e cose da esso trasportate o fatte crollare, grandine, pioggia;
- bagnatura e/o allagamento che si verificassero all'interno del fabbricato, purché direttamente causati dalla caduta di pioggia o grandine attraverso rotture, brecce o lesioni provocate al tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza degli eventi anzidetti.

Sono esclusi i danni:

- causati da: intasamento o trabocco di gronde o pluviali con o senza rottura degli stessi, fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o bacini d'acqua naturali od artificiali, mareggiata e penetrazione di acqua marina, formazione di ruscelli, accumulo esterno di acqua, rottura o rigurgito dei sistemi di scarico, gelo e sovraccarico di neve; cedimento, franamento o smottamento del terreno; ancorché verificatisi a seguito dei fenomeni di cui sopra;
- subiti da: lastre - a meno che derivanti da rotture o lesioni subite dal tetto o dalle pareti - strutture pressostatiche e costruzioni in legno o plastica ed al relativo contenuto, strutture con telai portanti realizzate in qualsiasi materiale aventi manto di copertura e pareti esterne in tele normali, cerate o tessuti trattati ed al relativo contenuto, pannelli solari termici e fotovoltaici comprese le relative intelaiature di sostegno, a meno che il loro danneggiamento sia causato da crollo totale o parziale del tetto e/o delle pareti, enti all'aperto posti su terrazze, balconi e spazi non riparati.

ART. 28 - SOVRACCARICO DA NEVE

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettere e-5), e-15), e-19), la Società indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da sovraccarico di neve sui tetti, provocati da accumulo della stessa conseguente a precipitazioni nevose, nonché i conseguenti danni di bagnatura e/o allagamento.

Sono esclusi i danni:

- a fabbricati che risultino non conformi alle norme di legge ed a eventuali disposizioni locali relative ai carichi e sovraccarichi di neve, vigenti all'epoca della costruzione o del più recente rifacimento delle strutture del tetto, ed al relativo contenuto; causati ai fabbricati in corso di rifacimento, a meno che detto rifacimento sia ininfluente ai fini della presente garanzia, ed al relativo contenuto;
- a lastre, pannelli solari termici e fotovoltaici, a meno che il loro danneggiamento sia causato da rotture o lesioni del tetto e/o delle pareti in seguito al sovraccarico di neve;
- agli elementi atti alla raccolta ed allo smaltimento dell'acqua piovana.

ART. 29 - SOCIO-POLITICI, TERRORISMO E ATTI DOLOSI

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettere d-3), e-2), e-17), la Società indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da atti vandalici o dolosi, diversi da imbrattamento dei muri esterni, anche se verificatisi in conseguenza di tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio.

Sono esclusi i danni:

- di furto, rapina, estorsione, scippo - sia tentati che consumati - smarrimento, appropriazione indebita, truffa o saccheggio; i danni, verificatisi in relazione ad atti di terrorismo, conseguenti a contaminazione di materiale chimico e/o biologico; i guasti e/o le rotture delle lastre di cristallo, vetro ed altri materiali trasparenti.

ART. 30 - ACQUA CONDOTTA

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettere e-7), e-19), e-24), la Società indennizza i danni materiali e diretti causati agli enti assicurati da fuoriuscita di liquidi avvenuta a seguito di:

rottura degli impianti idrici, igienici, tecnici e di riscaldamento esistenti nel fabbricato, compresi gli scaldabagni;

- rottura degli allacciamenti di apparecchi elettrodomestici utilizzatori;
- rigurgito di fognature e trabocco di condotti, gronde e pluviali, nonché i danni da fuoriuscita di liquidi imputabili alla responsabilità dei vicini.

Sono esclusi i danni:

- causati da umidità e stillicidio;
- causati da rigurgito di fognature pubbliche;
- causati dalla rottura di apparecchi elettrodomestici utilizzatori;
- causati da rotture originate da gelo;
- di condotti esterni al perimetro del fabbricato;
- di condotti posti in locali sprovvisti di impianti di riscaldamento oppure con l'impianto non in funzione da oltre 48 ore consecutive prima del sinistro.

Sono altresì escluse le spese sostenute per la ricerca della rottura e per la sua riparazione.

ART. 31 - SPESE RICERCA E RIPARAZIONE

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettera e-24), solo in caso di danni indennizzabili a termini della garanzia aggiuntiva

Art. 30, la Società indennizza le spese sostenute per:

- ricercare, riparare o sostituire le condutture, compresi i relativi raccordi, collocate nei muri e nei pavimenti, che hanno dato origine alla fuoriuscita di liquidi;
- le spese necessariamente sostenute a tale scopo, per la demolizione o il ripristino di parti del fabbricato assicurato.

La Società, inoltre, indennizza le spese sopra indicate sostenute in caso di dispersione di gas relativa agli impianti domestici di distribuzione di competenza dell'Assicurato e posti al servizio dei locali indicati in polizza, purché tale dispersione sia accertata dall'Azienda di distribuzione e abbia comportato, da parte dell'Azienda stessa, il blocco dell'erogazione.

Sono escluse le spese necessarie per rendere conformi alle normative vigenti gli impianti al servizio dei locali.

Agli effetti della presente estensione di garanzia:

- **in nessun caso la Società pagherà, per singolo sinistro, somma superiore a € 1.000,00.**

ART. 32 - FENOMENO ELETTRICO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettera e-6), la Società indennizza i danni materiali e diretti causati agli enti assicurati da fenomeno elettrico, vale a dire i danni manifestatisi in apparecchiature o macchine elettriche o elettroniche relative al CONTENUTO come pure a macchine, apparecchi, impianti e circuiti elettrici o elettronici relativi al FABBRICATO, per effetto di:

- corto circuito, variazione di corrente o sovratensione da qualsiasi motivo occasionati;
- altri fenomeni elettrici causati da incendio, esplosione o scoppio.

Sono esclusi i danni:

verificatisi in occasione di montaggio e smontaggio non connessi a lavori di manutenzione o revisione, nonché quelli verificatisi durante le operazioni di collaudo o prova;

a tubi e valvole elettronici nonché a lampade ed altre fonti di luce.

ART. 33 - PANNELLI SOLARI E FOTOVOLTAICI

A parziale deroga di quanto previsto nelle esclusioni specifiche delle garanzie aggiuntive Art. 27 e 28, la Società indennizza i danni materiali e diretti subiti dai pannelli solari termici e fotovoltaici, di proprietà dell'Assicurato e destinati a suo uso esclusivo, installati sui tetti ovvero montati su strutture fisse saldamente ancorate al terreno, causati da eventi atmosferici quali uragano, bufera, ciclone, tempesta, trombe d'aria, vento e cose da esso trasportate o fatte crollare, grandine, pioggia, neve.

Restano esclusi i danni:

- impianti condominiali ad uso comune;
- derivanti da errori di progettazione, di calcolo, di esecuzione, di installazione e di fabbricazione;
- derivanti da vizi di materiale o del prodotto;
- derivanti da carenza di manutenzione, usura, logoramento, corrosione, ossidazione, ruggine, incrostazione o deperimento;
- da gelo;
- da naturale e/o graduale deterioramento, anche se causato da effetti degli agenti atmosferici.

CONDIZIONI SPECIALI

(operanti solo se specificate in polizza le relative somme assicurate e/o i relativi premi)

ART. 34 – TERREMOTO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettera d-5), la Società risponde dei danni materiali e diretti - compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio - subiti dagli enti assicurati per effetto di terremoto.

La Società non risponde dei danni:

- causati da esplosione, emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, anche se i fenomeni medesimi risultassero originati da terremoto;
- causati da eruzione vulcanica, da inondazione, da maremoto;
- causati da mancato o anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica, salvo che tali circostanze siano connesse al diretto effetto del terremoto sugli enti assicurati;
- di furto, smarrimento, rapina, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere.

Agli effetti della presente estensione di garanzia:

- le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro";
- in nessun caso la Società pagherà, per singolo sinistro, **somma superiore all'80%** delle somme assicurate per ogni singola partita di polizza.

ART. 35 - ALLUVIONI, INONDAZIONI, ALLAGAMENTO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 17 lettera d-6), la Società risponde dei danni materiali e diretti, compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio, subiti dagli enti assicurati per effetto di inondazione, alluvione, allagamento in genere anche se tali eventi sono causati da terremoto.

La Società non risponde dei danni:

- causati da mareggiata, marea, maremoto, frana, cedimento o smottamento del terreno, umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione, guasto o rottura degli impianti automatici di estinzione;
- causati da mancata o anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica, salvo che tali circostanze siano connesse al diretto effetto dell'inondazione, alluvione, allagamento sugli enti assicurati;
- a enti mobili all'aperto;
- all'arredamento domestico situato in locali interrati o seminterrati.

Agli effetti della presente estensione di garanzia:

- in nessun caso la Società pagherà, per singolo sinistro, **somma superiore al 50%** delle somme assicurate per ogni singola partita della presente sezione.

ART. 36 - RICORSO TERZI

La Società si obbliga, entro il limite del massimale convenuto in polizza, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quali civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni materiali alle cose di terzi direttamente causati da incendio, esplosione, scoppio o implosione e conseguente sviluppo di gas, vapori e fumo a seguito di sinistro indennizzabile a termini della presente sezione. L'assicurazione è estesa, ai danni derivanti da inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo e da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, artigianali, commerciali, professionali, agricole e di servizi, purché tali danni siano conseguenti a sinistri risarcibili a termini della presente garanzia, con il limite di risarcimento per sinistro e per periodo assicurativo indicati in polizza. Sono esclusi dall'assicurazione i danni a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per i danni ai veicoli o natanti di terzi.

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli di tutti i soggetti assicurati, nonché qualsiasi altro loro parente od affine convivente;
- b) quando il Contraente non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);
- c) le Società le quali rispetto al Contraente, che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile così come modificato dal D. lgs. 17/01/2003 n. 6 e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle Società medesime, l'amministratore, il legale rappresentante e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a).

Tuttavia, sono considerati terzi i genitori, i figli e gli altri parenti o affini dell'Assicurato -se persona fisica -qualora gli stessi risultino non conviventi con quest'ultimo ed abitanti in unità immobiliari distinte.

Il Contraente o l'Assicurato deve immediatamente informare la Società delle procedure civili e penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili alla difesa e la Società avrà facoltà di assumere la direzione della causa e la difesa dell'Assicurato. Il Contraente o l'Assicurato deve astenersi da qualunque transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il consenso della Società.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

SEZIONE FURTO CONDIZIONI GENERALI

ART. 37 - LIMITI DI INDENNIZZO

La garanzia è prestata con i seguenti limiti di indennizzo:

- 40% (quaranta per cento) della somma assicurata, per gioielli e preziosi (oggetti d'oro o di platino o montati su detti metalli, pietre preziose e perle naturali o di coltura), carte valori e titoli di credito in genere, raccolte e collezioni;
- 10% (dieci per cento) della somma assicurata, per denaro.

ART. 38 - COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE

La Società indennizza i danni materiali e diretti derivanti dal furto delle cose assicurate, anche se di proprietà di terzi, a condizione che l'autore del furto si sia introdotto nei locali contenenti le cose stesse:

- a) violandone le difese esterne mediante rottura, scasso, uso fraudolento di chiavi, uso di grimaldelli o di arnesi simili;
- b) per via, diversa da quella ordinaria, che richieda superamento di ostacoli o di ripari mediante impiego di mezzi artificiali o di particolare agilità personale;
- c) in altro modo, rimanendovi clandestinamente, ed abbia poi asportato la refurtiva a locali chiusi.

Sono compresi, nell'ambito della somma assicurata:

- i guasti causati alle cose assicurate per commettere il furto o per tentare di commetterlo;
- i danni materiali e diretti alle cose assicurate cagionati da atti vandalici commessi dagli autori del furto o della rapina consumati o tentati;
- la rapina e l'estorsione (sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia) avvenuta nei locali indicati in polizza quand'anche le persone sulle quali viene fatta violenza o minaccia vengano prelevate dall'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi;
- i guasti cagionati dai ladri, in occasione di furto o rapina consumati o tentati, alle parti di fabbricato costituenti i locali che contengono le cose assicurate ed agli infissi posti a riparo o protezione degli accessi ed aperture dei locali stessi, compresi vetri e/o cristalli, comprese camere di sicurezza e/o corazzate e caseforti (esclusi i contenuti) e le rispettive porte, nonché impianti d'allarme.

ART. 39 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- a) verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o sabotaggio organizzato, occupazione militare, invasione, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi;
- b) verificatisi in occasione di incendi, esplosioni anche nucleari, scoppi, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi;
- c) agevolati con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- d) commessi od agevolati con dolo o colpa grave:
 - da persone che abitano con il Contraente o con l'Assicurato od occupano i locali contenenti le cose assicurate o locali con questi comunicanti;
 - da persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere;
 - da incaricati della sorveglianza delle cose stesse o dei locali che le contengono;
 - da persone legate al Contraente o all'Assicurato da vincoli di parentela o affinità, anche se non coabitanti;
- e) avvenuti a partire dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno di disabitazione se i locali contenenti le cose assicurate rimangono per più di 45 giorni consecutivi disabitati;
- f) indiretti quali i profitti sperati, i danni del mancato godimento od uso o di altri eventuali pregiudizi;
- g) causati alle cose assicurate da incendi, esplosioni o scoppi provocati dall'autore del sinistro.

ART. 40 - DI CHI SONO I DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere agli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termine di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

ART. 41 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a) darne avviso alla Società o all'Istituto o Ente che ha rilasciato la polizza entro 24 ore da quando ne è venuto a conoscenza, specificando le circostanze dell'evento e l'importo approssimativo del danno, nonché farne denuncia all'Autorità Giudiziaria o di polizia del luogo;
- b) fornire alla Società, o all'Istituto o Ente che ha rilasciato la polizza, entro i 5 giorni successivi, una distinta particolareggiata delle cose rubate o danneggiate, con l'indicazione del rispettivo valore, nonché una copia della denuncia fatta all'Autorità;
- c) denunciare inoltre tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire - se la legge lo consente - la procedura di ammortamento;
- d) adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero delle cose rubate e per la conservazione e la custodia di quelle rimaste, anche se danneggiate.

L'inadempimento di tali incombenze può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C. Le spese sostenute per adempiere alle incombenze di cui alle lettere c) e d) sono a carico della Società in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che le cose avevano al momento del sinistro, anche se l'ammontare delle spese stesse, unitamente a quello del danno, supera la

somma assicurata e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che la Società provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. Il Contraente o l'Assicurato deve altresì:

- e) tenere a disposizione fino ad avvenuta liquidazione del danno tanto le cose non rubate quanto le tracce e gli indizi materiali del reato, senza avere, per tale titolo, diritto ad indennizzo;
- f) dare la dimostrazione della qualità, della quantità e del valore delle cose preesistenti al momento del sinistro oltre che della realtà e dell'entità del danno, tenere a disposizione della Società e dei Periti ogni documento ed ogni altro elemento di prova, nonché facilitare le indagini e gli accertamenti che la Società ed i Periti ritenessero necessario esperire presso terzi.

ART. 42 - ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

Il Contraente o l'Assicurato che dolosamente esagera l'ammontare del danno, occulta, sottrae o manomette cose non rubate, altera le tracce o gli indizi materiali del reato, perde il diritto all'indennizzo.

ART. 43 - DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DEL DANNO

L'ammontare del danno è dato dal valore che le cose sottratte avevano al momento del sinistro o dal costo di riparazione delle cose danneggiate, col limite del valore che le stesse avevano al momento del sinistro.

ART. 44 - TITOLI DI CREDITO

Per quanto riguarda i titoli di credito rimane stabilito che:

- a) la Società, salvo diversa pattuizione, non pagherà l'importo per essi liquidato prima delle rispettive scadenze, se previste;
- b) l'Assicurato deve restituire alla Società l'indennizzo per essi percepito non appena, per effetto della procedura di ammortamento - se consentita - i titoli di credito siano divenuti inefficaci;
- c) il loro valore è dato dalla somma da essi portata.

Per quanto riguarda in particolare gli effetti cambiari, rimane inoltre stabilito che l'assicurazione vale soltanto per gli effetti per i quali sia possibile l'esercizio dell'azione cambiaria.

ART. 45 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione e dalla documentazione attestante il risultato delle indagini preliminari relative al reato non si evidenzino alcuno dei casi previsti dall'art. 39 lettere c) e d).

ART. 46 - FRANCHIGIA

Per ogni e qualsiasi sinistro indennizzabile a termini della presente sezione rimane a carico dell'Assicurato una franchigia di € 500,00.

ART. 47 - RECUPERO DELLE COSE RUBATE

Se le cose rubate vengono recuperate in tutto od in parte, l'Assicurato deve darne avviso alla Società appena ne ha avuto notizia. Le cose recuperate divengono di proprietà della Società, se questa ha indennizzato integralmente il danno, salvo che l'Assicurato rimborsi alla Società l'intero importo riscosso a titolo di indennizzo per le cose medesime. Se invece la Società ha indennizzato il danno solo in parte, l'Assicurato ha facoltà di conservare la proprietà delle cose recuperate previa restituzione dell'importo dell'indennizzo riscosso dalla Società per le stesse, o di farle vendere.

In quest'ultimo caso si procede ad una nuova valutazione del danno, sottraendo dall'ammontare del danno originariamente accertato il valore delle cose recuperate; sull'importo così ottenuto viene ricalcolato l'indennizzo a termini della presente sezione e si effettuano i relativi conguagli. Per le cose rubate che siano recuperate prima del pagamento dell'indennizzo e prima che siano trascorsi due mesi dalla data di avviso del sinistro, la Società è obbligata soltanto per i danni subiti dalle cose in conseguenza del sinistro.

L'Assicurato ha tuttavia facoltà di abbandonare alla Società le cose recuperate che siano d'uso personale o domestico, salvo il diritto della Società di rifiutare l'abbandono pagando l'indennizzo dovuto.

ART. 48 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE: ASSICURAZIONE A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO

Le garanzie previste nella presente Sezione son prestate a Primo Rischio Assoluto.

CONDIZIONE SPECIALE

(operante solo se specificata in polizza la somma assicurata e il relativo premio)

ART. 49 - SCIPPO, RAPINA, SOTTRAZIONE IN CASO DI MALORE O INFORTUNIO

La garanzia si estende fino alla concorrenza della somma indicata in polizza a questo titolo a:

- scippo (strappo dalla mano o di dosso);
- rapina (sottrazione mediante violenza alla persona o minaccia);
- sottrazione in occasione di malore o infortunio;
- di enti e valori ad uso personale e privato (vestiario, gioielli, preziosi, denaro, titoli di credito, oggetti vari) commessi sull'Assicurato e/o suoi familiari conviventi purché indossate od a portata di mano, fuori dall'abitazione ma entro i confini della Repubblica Italiana, della Repubblica di S. Marino e dello Stato del Vaticano.

Sono esclusi lo smarrimento e il furto con destrezza.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE DELLA FAMIGLIA

ART. 50 - COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, i familiari e persone conviventi, il convivente "more uxorio", di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi della vita privata, esclusi i rischi inerenti ad attività professionali. L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12/6/1984 n. 222.

La garanzia comprende, a titolo esemplificativo e non limitativo, i danni derivanti da:

- a) pratica di sports comuni, escluse: le attività professionali, le competizioni di carattere agonistico;
- b) proprietà, possesso, uso e guida di cavalli ed altri animali da sella ad uso personale;
- c) proprietà o possesso di animali domestici e da cortile;
- d) proprietà, detenzione e uso di armi da difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili - esclusa l'attività venatoria -, nonché del fucile subacqueo purché regolarmente denunciati, ove prescritto;
- e) proprietà e/o conduzione del fabbricato o porzione - e relativi impianti fissi - costituente l'abitazione principale dell'Assicurato;
- f) proprietà e/o uso di arredamento domestico, nonché di apparecchi elettrodomestici in genere e radiotelevisivi, con relative apparecchiature di antenna, di utensili per giardinaggio, bricolage, modellismo;
- g) proprietà, possesso, uso e guida di velocipedi, wind-surf, imbarcazioni a vela o a remi, senza motore ausiliario, di non oltre 6,50 m. di lunghezza, monopattini, pattini a rotelle, carrozzine e veicoli a braccia, tricicli e vetture per bambini;
- h) lavori di ordinaria manutenzione, eseguiti in economia nei locali e relative pertinenze, adibiti ad abitazione dell'Assicurato, esclusi i danni subiti da coloro che partecipano ai lavori salvo quanto previsto dalla condizione aggiuntiva;
- i) somministrazione di cibi, bevande e simili consumati in casa dell'Assicurato (sia nell'abitazione principale che in quella di villeggiatura);
- l) pratica del campeggio.

La garanzia comprende inoltre:

- m) i rischi derivanti dalla proprietà e/o conduzione dei fabbricati o porzioni - e relativi impianti fissi - adibiti dall'Assicurato ad uso abitazione saltuaria;
- n) danni arrecati a terzi dagli addetti ai servizi domestici per i fatti inerenti lo svolgimento delle loro mansioni;
- o) l'azione di rivalsa da parte di imprese esercenti l'assicurazione obbligatoria di veicoli a motore, in conseguenza di fatti accidentali provocati da minori all'insaputa dell'Assicurato e dei quali egli debba rispondere per le somme che le imprese stesse abbiano dovuto pagare al terzo in conseguenza della inopponibilità di eccezioni prevista dall'art. 144 del D.Lgs 07/09/2005, n. 209 e successivi emendamenti;
- p) i danni da spargimento d'acqua dovuti a negligenza, imperizia e disattenzione dell'Assicurato oppure a guasti e rotture di elettrodomestici e relative tubazioni mobili;
- q) i danni causati da fatto proprio dei figli minori o dalle persone soggette alla tutela degli assicurati, mentre sono affidati a terzi o a familiari non conviventi, comprese le lesioni fisiche ed i danni a cose provocati a questi ultimi, ferme le esclusioni di cui all'Art. 52 che segue;
- r) l'azione di rivalsa da parte di imprese esercenti l'assicurazione obbligatoria di veicoli a motore, in conseguenza di fatti accidentali provocati dagli "Assicurati" nella loro qualità di trasportati su detti veicoli;
- s) la responsabilità civile personale imputabile direttamente all'Assicurato per i danni provocati durante attività di volontariato, sempreché tale attività sia svolta per conto di Associazione di Volontariato costituita in base alle leggi e regolamenti vigenti in materia; qualora esista polizza stipulata dall'Associazione di Volontariato per la quale l'Assicurato presta la sua attività, la garanzia opererà in eccedenza al massimale per sinistro ivi previsto e fino alla concorrenza del massimale RCT indicato nel presente contratto.

ART. 51 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato;
- b) qualsiasi altro parente od affine dell'Assicurato con lui convivente e il convivente "more uxorio";
- c) i domestici dell'Assicurato e le persone che subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio per conto dell'Assicurato.

ART. 52 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo o destinazione;
- b) i danni da furto e quelli alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato, da lui detenute o a lui in consegna o custodia;
- c) i rischi derivanti da proprietà e/o conduzione di beni immobili o da proprietà, possesso, uso e guida di mezzi di locomozione, veicoli ed imbarcazioni, ad eccezione di quelli specificati all'art. 59;
- d) i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- e) i danni conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) i danni conseguenti a fatti verificatisi durante l'esercizio dell'attività venatoria nonché i danni provocati dai cani impiegati durante la predetta attività;
- g) derivanti e conseguenti dall'esercizio di attività industriali, commerciali, artigianali e professionali da parte dell'Assicurato o di terzi ed in ogni caso da attività aventi scopo di lucro;
- h) causati da dolo dell'Assicurato e dei familiari, fatto salvo il fatto doloso dei figli minori di cui l'Assicurato debba rispondere;
- i) dalla detenzione e/o utilizzo di materiali esplosivi;
- j) derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o di prodotti contenenti amianto;
- k) da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivatigli dalla legge.

ART. 53 - DELIMITAZIONE DELLA GARANZIA FABBRICATI

La garanzia prevista per i fabbricati - art. 50 lettere e) e m) -, comprende anche i rischi derivanti da dipendenze, muri di sostegno del terreno, muri di cinta, recinzioni, cancelli anche elettrici, giardini anche con alberi ad alto fusto, portoni, terreno circostante, scale, antenne televisive, parco giochi per bambini, impianti ed attrezzature sportive, ascensori e montacarichi, il tutto sia in uso dell'Assicurato che del condominio.

Nel caso di responsabilità condominiale, la garanzia prestata con la presente sezione soltanto la quota parte di danno spettante all'Assicurato. Sono esclusi i danni derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed insalubrità dei locali, mentre sono compresi quelli prodotti da spargimento di acqua e da rigurgito di fogne, l'uno e l'altro purché conseguenti a guasti o rotture di tubazioni o condutture.

Sono esclusi i danni derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazione e demolizione, nonché il rischio della "COMMITTENZA" di lavori rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. 494/96.

ART. 54 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i danni che avvengono nel territorio dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per i danni che avvengono, durante il soggiorno temporaneo dell'Assicurato, in qualsiasi parte del mondo.

ART. 55 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI ESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Se al momento del sinistro esistono altra o altre assicurazioni per uno o più degli stessi rischi, la presente assicurazione ha effetto soltanto per la parte del danno eccedente le somme che risultano coperte da tale altra o tali altre assicurazioni, o per la parte rimasta scoperta, e ciò fino alla concorrenza dei massimali indicati nella presente sezione.

ART. 56 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Istituto o Ente che ha rilasciato la polizza oppure alla Società entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.). Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (condizione aggiuntiva), l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta pretoriale a norma della legge infortuni.

ART. 57 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ad azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 58 - FRANCHIGIA

Per ogni e qualsiasi sinistro indennizzabile a termini della presente sezione rimane a carico dell'Assicurato una franchigia di € 500,00.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(sempre operanti)

ART. 59 - ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli Articoli 10 e 11 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'Articolo 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) per i quali l'INAIL sia tenuta ad erogare una prestazione, sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti assicurati ai sensi dei predetti DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- b) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai lavoratori di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente (escluse le malattie professionali) calcolata in base alla tabella delle menomazioni di cui all'Articolo 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38. L'assicurazione è prestata con una franchigia fissa e assoluta a carico dell'Assicurato di **Euro 2.600,00** per ogni lavoratore infortunato.

L'assicurazione RCO è efficace purché, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi assicurativi di legge, o che, se non in regola, l'irregolarità derivi da comprovata ed involontaria errata interpretazione delle norme e dei regolamenti vigenti in materia.

Tanto l'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT), quanto l'assicurazione Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO), valgono anche in relazione alle azioni di rivalsa esperite dall'INPS, ai sensi dell'Art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

SEZIONE PROTEZIONE PERSONA

GARANZIA RATA MUTUO

CONDIZIONI GENERALI DI SEZIONE

ART. 60 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente stipula la presente Polizza con la Società al fine di procurarsi, nei limiti delle condizioni ed al verificarsi degli eventi indicati in Polizza, un Indennizzo che gli consenta la protezione per un periodo definito dell'esborso legato alla rata del mutuo.

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro in relazione al singolo sinistro.

In conformità a quanto sopra, al verificarsi di un Sinistro nel periodo di efficacia dell'Assicurazione, la Società riconoscerà a beneficio dell'Assicurato ed in favore del Vinciatario un Indennizzo secondo quanto segue:

- a) con riguardo ad un Assicurato che al momento del Sinistro sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore di Ente Pubblico o Lavoratore Atipico, al verificarsi di **Inabilità Temporanea Totale**, la Società riconoscerà un Indennizzo da calcolarsi secondo quanto previsto all'Art. 67; oppure (ed in via alternativa);
- b) con riguardo ad un Assicurato che al momento del Sinistro sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, al verificarsi di **Perdita di Impiego Involontaria**, la Società riconoscerà un Indennizzo da calcolarsi secondo quanto previsto all'Art. 69; oppure (ed in via alternativa);
- c) con riguardo ad un Assicurato che al momento del Sinistro sia Non Lavoratore, al verificarsi di **Ricovero Ospedaliero**, la Società riconoscerà un Indennizzo da calcolarsi secondo quanto previsto all'Art. 73.

ART. 61 – PERSONE ASSICURABILI – DELIMITAZIONE DELLA COPERTURA

L'Assicurazione è esclusivamente riservata alla persona fisica che:

- a) non soffre, o non ha sofferto, di una delle seguenti malattie: diabete, tumore maligno (ivi compreso tumori pre-maligni, maligni allo stadio iniziale, carcinomi in situ), leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette condizioni, la Società rimborserà la parte di premio non goduta al netto delle imposte dal momento in cui ne è venuta a conoscenza.

- b) al momento della sottoscrizione della Polizza di cui al punto precedente abbia un'età tale per cui, alla data di scadenza del Finanziamento, in conformità al piano di ammortamento concordato al momento della stipulazione, non abbia compiuto i 70 (settanta) anni di età. Resta inteso che, ove al momento del sinistro l'Assicurato abbia compiuto il 75° (settantacinquesimo) anno di età, nessun Indennizzo sarà dovuto.

ART. 62 – DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE, PERIODO DI CARENZA

L'Assicurazione decorre dalla data di effetto della polizza ed ha una durata pari a quella del Mutuo/Finanziamento, in conformità al piano di ammortamento concordato con l'Assicurato al momento della stipulazione del Finanziamento.

Fermo quanto sopra, resta inteso che, in ogni caso:

- la garanzia per il caso Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;
- la garanzia per il caso Perdita di Impiego Involontaria è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;
- la garanzia per il caso Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni.

ART. 63 - TERMINI DI CARENZA NEL CASO DI SOSTITUZIONE

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato con le medesime condizioni e capitali:

- i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito;
- mentre nel caso tali termini siano trascorsi parzialmente sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Qualora invece la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo relativo allo stesso Assicurato con aumento dei capitali i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia per le maggiori indennità.

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa al fine di includere in garanzia uno o più nuovi Assicurati:

- per i nuovi Assicurati i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia;
- per le persone assicurate nella polizza sostituita, così come nella presente, i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito; nel caso invece tali termini siano trascorsi parzialmente, sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

ART. 64 – CAMBIO DELLA NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA

Qualora, durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione:

- a) l'Assicurato Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore di Ente Pubblico, l'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale sarà dovuto solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore di Ente Pubblico;
- b) l'Assicurato Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Autonomo diventi Non

Lavoratore, l'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero sarà dovuto solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è diventato Non Lavoratore. Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato diventi Non Lavoratore, l'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero sarà dovuto ove l'Assicurato stesso produca la documentazione aggiuntiva indicata al successivo Art. 65, per fornire prova del passaggio da Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore di Ente Pubblico o Lavoratore Autonomo a Non Lavoratore.

- c) l'Assicurato Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Lavoratore Autonomo, Lavoratore Atipico o Non Lavoratore diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, l'indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria sarà dovuto solo in quanto l'Assicurato abbia prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore dipendente di ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro.

ART. 65 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato - o i suoi aventi causa - deve darne avviso scritto alla Società entro il 60° (sessantesimo) giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Unitamente alla denuncia di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la seguente documentazione:

Caso Inabilità Temporanea Totale: copia della carta di identità, documentazione che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (tra cui, quantomeno ed a titolo esemplificativo, copia dichiarazione IRPEF, copia del contratto di collaborazione senza vincolo di subordinazione, copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) o documentazione che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico (tra cui, quantomeno ed a titolo esemplificativo, la lettera di assunzione e l'ultima busta paga) al momento del Sinistro, certificato medico emesso da un Medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; fotocopia del certificato INAIL, i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente.

Caso Perdita di Impiego Involontaria: copia della carta di identità, copia del contratto di lavoro cessato ed alla cui cessazione faccia seguito lo stato di Disoccupazione; copia della lettera di licenziamento; copia della sentenza passata in giudicato o della transazione/risoluzione consensuale formalizzata ex art. 2113 C.C. nei casi indicati nella definizione di Perdita di Impiego Involontaria, copia di un documento che attesti l'iscrizione all'elenco anagrafico comprovante lo stato di disoccupato o alle liste di Mobilità regionali; autocertificazione attestante l'assenza di trattamento pensionistico successivamente alla Perdita di Impiego Involontaria

Caso Ricovero Ospedaliero: copia della carta di identità, autocertificazione dello stato di Non Lavoratore; qualora l'Assicurato alla data di effetto della Polizza sia Lavoratore Autonomo oppure Lavoratore Dipendente e successivamente diventi Non Lavoratore, copia della documentazione comprovante il passaggio, anteriormente al Sinistro, da tale posizione a quella di Non Lavoratore (cioè, rispettivamente: certificato di chiusura della Partita IVA e autocertificazione di mancanza di titolarità di Partita IVA per il Lavoratore Autonomo; lettera di licenziamento o dimissioni e autocertificazione di mancanza di titolarità di Partita IVA per il Lavoratore Dipendente); certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.

Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti inoltre ad inviare alla Società il modulo di continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 30 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente Sezione.

Ai fini della valutazione dell'operatività della copertura di cui all'Assicurazione, l'Assicurato dovrà inoltre autorizzare i propri medici curanti affinché forniscano tutte le informazioni e consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società. In caso di mancato adempimento dell'onere di cui al presente paragrafo, la Società non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

L'Assicurato prende atto e concede espressamente alla Società la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata. La mancata produzione dei documenti richiesti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

ART. 66 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

- a) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della data di effetto dell'Assicurazione di cui al precedente art. 62;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- d) stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- h) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- i) atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

- j) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
 - k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - l) guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale ed atti di terrorismo;
 - m) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - n) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della relativa abilitazione;
 - o) uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
 - p) stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
 - q) rischi specifici del servizio militare.
 - r) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - s) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
 - t) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
 - u) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - v) pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A.; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino con sci o idrosci; bob; pugilato, rugby, football americano, ecc.;
 - w) partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni;
 - x) partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
 - y) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.
- Inoltre, l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

Si specifica infine che le suddette esclusioni non operano per il caso di Perdita di Impiego Involontaria.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELLA GARANZIA RATA MUTUO

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

solo per Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e Lavoratori Atipici

ART. 67 - INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Alla copertura in oggetto si applica il periodo di carenza di cui all'Art. 62; inoltre, si sottolinea che, ove l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata inferiore a 60 giorni consecutivi ed ininterrotti, nessun Indennizzo sarà dovuto. Superato tale periodo di 60 giorni, l'Indennizzo è soggetto alle disposizioni seguenti.

L'Indennizzo è pari alla Rata dovuta dall'Assicurato in base al Finanziamento per ogni periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni di durata del Sinistro.

All'indennizzo si applicano i seguenti limiti:

- a) Euro 2.000,00 per ogni Rata;
- b) 12 Rate, in caso di continuazione del Sinistro per più periodi di 30 giorni;
- c) 36 Rate, in caso di più Sinistri successivi per Inabilità Temporanea Totale.

Ciascun limite si applica a tutti i Finanziamenti e per tutte le Assicurazioni stipulate da uno stesso Assicurato, al momento del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di Assicurazioni, l'importo massimo versato della Società per ciascun periodo di 30 giorni non potrà superare il limite indicato alla lettera a) ed il numero di Rate versate non potrà mai superare quanto indicato alle lettere b) e c).

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Vincolatario. Tale versamento verrà imputato dal Vincolatario a saldo (totale o parziale) della prima Rata in scadenza successivamente a tale versamento, in base al piano di ammortamento del Finanziamento.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento al Vincolatario.

ART. 68 – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la cessazione di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza, deve trascorrere un periodo consecutivo ed ininterrotto di 90 giorni, durante il quale l'Assicurato abbia ripreso la propria Normale Attività Lavorativa, prima che l'Assicurato possa richiedere un ulteriore Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale.

PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA

solo per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato

ART. 69 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA

Alla copertura in oggetto si applica il Periodo di Carenza di cui all'Art. 62; inoltre, si sottolinea che, ove la Perdita di Impiego Involontaria abbia una durata inferiore a 60 giorni consecutivi ed ininterrotti, nessun Indennizzo sarà dovuto. Superato tale periodo di 60 giorni, l'Indennizzo è soggetto alle disposizioni seguenti.

L'Indennizzo è pari alla Rata dovuta dall'Assicurato in base al Finanziamento per ogni periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni di durata del Sinistro.

All'indennizzo si applicano i seguenti limiti:

- a) Euro 2.000,00 per ogni Rata;
- b) 12 Rate, in caso di continuazione del Sinistro per più periodi di 30 giorni;
- c) 36 Rate, in caso di più Sinistri successivi per Perdita di Impiego involontaria.

Ciascun limite si applica a tutti i Finanziamenti e per tutte le Assicurazioni stipulate da uno stesso Assicurato, al momento del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di Assicurazioni, l'importo massimo versato della Società per ciascun periodo di 30 giorni non potrà superare il limite indicato alla lettera a) ed il numero di Rate versate non potrà mai superare quanto indicato alle lettere b) e c).

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Vincolatario. Tale versamento verrà imputato dal Vincolatario a saldo (totale o parziale) della prima Rata in scadenza successivamente a tale versamento, in base al piano di ammortamento del Finanziamento.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento al Vincolatario.

ART. 70 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Perdita di Impiego Involontaria se:

- a) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.
Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- b) al momento della data di effetto della Polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego Involontaria, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- c) alla Perdita di Impiego Involontaria faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;
- d) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
- e) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- f) il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- g) la Perdita d'Impiego è dovuta a dimissioni;
- h) cessazione alla scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento, contratti di apprendistato e di somministrazione lavoro;
- i) la Perdita d'Impiego è relativa a contratti di lavoro intermittente, a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale;
- j) risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- k) il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l) l'Assicurato goda di misure di Cassa Integrazione Ordinaria-Straordinaria ed Edilizia.

ART. 71 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego, che la Società ritiene necessarie ai fini della valutazione dell'applicabilità della copertura di cui all'Assicurazione. L'Assicurato dovrà anche consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi anche tramite persone di fiducia della Società. Il mancato adempimento dell'obbligo di cui al presente articolo comporterà il diritto per la Società di non corrispondere (o, ove del caso, trattenere fino all'avvenuto adempimento e senza alcun onere o maturazione di interessi) l'Indennizzo.

ART. 72 - PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la cessazione di un Indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri costituiti da Perdita di Impiego Involontaria se, tra la data del successivo Sinistro e la cessazione dello stato di Disoccupazione di cui al Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione pari a 90 giorni consecutivi nel corso dei quali l'Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il relativo periodo di prova.

RICOVERO OSPEDALIERO

solo per Non Lavoratori

ART. 73 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Fermo restando il Periodo di Carenza di cui all'Art. 62, l'Indennizzo è pari alla Rata dovuta dall'Assicurato in base al Finanziamento. Per ciascun Sinistro, il primo Indennizzo sarà liquidato se sia trascorso un periodo di 7 giorni consecutivi ed ininterrotti di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni di durata del Sinistro. Nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero abbia durata inferiore a 7 giorni iniziali o a 30 giorni in caso di continuazione del Sinistro, nessun Indennizzo sarà dovuto.

All'Indennizzo si applicano i seguenti limiti:

- a) Euro 2.000,00 per ogni Rata;
- b) 12 Rate, in caso di continuazione del Sinistro per più periodi di 30 giorni;
- c) 36 Rate, in caso di più Sinistri successivi per Ricovero Ospedaliero.

Ciascun limite si applica a tutti i Finanziamenti e per tutte le Assicurazioni stipulate da uno stesso Assicurato, al momento del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di Assicurazioni, l'importo massimo versato della Società per ciascun periodo di 30 giorni non potrà superare il limite indicato alla lettera a) ed il numero di Rate versate non potrà mai superare quanto indicato alle lettere b) e c).

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Vincolatario. Tale versamento verrà imputato dal Vincolatario a saldo (totale o parziale) della prima Rata in scadenza successivamente a tale versamento, in base al piano di ammortamento del Finanziamento.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento al Vincolatario.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

ART. 74 - OGGETTO DELLA COPERTURA – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

La Società garantisce il pagamento del capitale residuo con il massimo di € 150.000,00, per invalidità totale, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista, se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, superiore al 60%, e questa si verifica entro **730 giorni** dal giorno nel quale è avvenuto.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al **massimo del 100%**.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

ART. 75 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 77, anche le conseguenze:

- a) dell'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- b) dell'assideramento o congelamento;
- c) dei colpi di sole o di calore.

Sono inoltre coperte, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 77, le conseguenze:

- d) degli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- e) degli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

ART. 76 - FRANCHIGIA

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 60% (sessanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 60% (sessanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale residuo risultante dal piano di ammortamento del finanziamento/mutuo sottoscritto dall'Assicurato con il massimo di € 150,000,00.

ART. 77 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione le conseguenze degli infortuni derivanti:

- a) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 82;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni;
- f) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- g) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- j) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale (Protezione Civile);
- k) da interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

ART. 78 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 79 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 80 - ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire lesioni organiche permanenti.

ART. 81 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

ART. 82 - RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

ART. 83 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

ART. 84 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

La Società garantisce il pagamento del capitale residuo, qualora la malattia, nota o diagnosticata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione, dovesse avere come conseguenza un'Invalidità permanente superiore al 60%.

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124.

ART. 85 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- b) trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- d) dolo dell'Assicurato;
- e) malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/6/65 n. 1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse le conseguenze delle malattie conosciute dall'assicurato o diagnosticate in epoca precedente alla data di effetto dell'assicurazione.

ART. 86 - FRANCHIGIA

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 60% (sessanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 60% (sessanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale residuo risultante dal piano di ammortamento del finanziamento/mutuo sottoscritto dall'Assicurato con il massimo di € 150,000,00.

ART. 87 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denun-

ciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

ART. 88 - DENUNCIA DELLA MALATTIA (INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA)

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia, che secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, la denuncia deve essere effettuata entro trenta giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo il riscontro della patologia, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

GRAVI MALATTIE

ART. 89 - OGGETTO DELLA COPERTURA

La Società garantisce il pagamento del capitale residuo, qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle Gravi Malattie di seguito elencate, a patto che, a seguito della stessa Grave Malattia, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%. L'Assicurato, per avere diritto alla liquidazione del capitale, deve sopravvivere per un periodo di 30 giorni dopo la data della prima diagnosi di Grave Malattia (periodo di qualificazione).

ART. 90 - DEFINIZIONE DI GRAVI MALATTIE

Ai sensi della presente assicurazione per Grave Malattia si intende:

ATTACCO CARDIACO: Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base dei tre criteri seguenti: anamnesi di precordialgia tipica, alterazioni elettrocardiografiche e aumento degli enzimi cardiaci.

ICTUS: Accidente cerebro-vascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda: infarto del tessuto cerebrale, emorragia di vaso intracranico, oppure embolizzazione da fonte extracranica.

CANCRO: Presenza di crescita e diffondersi incontrollato di cellule maligne e invasione dei tessuti.

È necessario dimostrare con prove inconfutabili l'invasione dei tessuti con istologia dettagliata di neoplasia maligna. Il termine "cancro" comprende anche leucemia, linfomi e malattia di Hodgkin.

Dalla garanzia sono esclusi i carcinomi in situ, i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, i tumori localizzati non invasivi che mostrano solo degenerazioni maligne iniziali, e i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza.

ART. 91 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Non sono coperte dalla presente assicurazione le Gravi Malattie direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa.

Per condizione patologica pregressa si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato abbia presentato sintomi, abbia consultato un medico o assunto un trattamento farmacologico, o della cui esistenza sia stato a conoscenza alla decorrenza della polizza o in precedenza.

Questo significa che:

- a) qualora l'assicurato abbia sofferto prima della stipula della polizza di una delle Gravi Malattie coperte, questi non avrà diritto ad alcun risarcimento nel caso in cui venga diagnosticata la stessa malattia;
- b) non verrà erogata alcuna prestazione nel caso in cui l'Assicurato abbia sofferto di una condizione patologica collegata alla Grave Malattia oggetto del sinistro o abbia ricevuto cure o effettuato esami per motivi che possano essere ricondotti alla stessa Grave Malattia;
- c) in corrispondenza ad ogni Grave Malattia coperta, si considerano condizioni patologiche pregresse direttamente o indirettamente collegate, secondo quanto stabilito al paragrafo precedente, tra le altre:
 - 1) cancro: tumore o patologia maligna, allo stadio iniziale oppure pre-maligna, leucemia o malattia di Hodgkin, poliposi intestinale, papilloma della vescica, malattia di Crohn, colite ulcerosa o pap test anomalo o qualsiasi tipo di carcinoma in situ;
 - 2) attacco cardiaco: qualsiasi malattia o disturbo cardiaco, ipertensione o qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva, tra cui anomalie congenite trattate in precedenza, come i difetti valvolari, e qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva (arteriosclerosi);
 - 3) Ictus: ipertensione, qualsiasi valvulopatia cardiaca, attacchi ischemici transitori, aneurisma endocranico o qualsiasi arteriopatia ostruttiva/occlusiva (arteriosclerosi);

Questa lista non è esaustiva e una valutazione definitiva verrà effettuata in fase di accertamento del sinistro.

Sono inoltre escluse dalla presente assicurazione le malattie derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcool, o assunzione di stupefacenti o farmaci, se non su prescrizione medica;
- malattie in presenza di immunodeficienza acquisita o di sieropositività da virus HIV;
- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, qualunque sia la sua espressione, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 92 - DENUNCIA DI SINISTRO IN CASO DI GRAVE MALATTIA

La Grave Malattia si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi, in particolare, alla data indicata nella documentazione medica fornita dal Contraente o dall'Assicurato al momento della denuncia.

La denuncia dovrà essere redatta e firmata da un medico che confermi la diagnosi corredandola della relativa documentazione medica.

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della Grave Malattia entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata documentazione.

Nella fase di accertamento l'Assicurato, pena la decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegna a fornire con veridicità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della Grave Malattia indennizzabile.

La Società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Grave Malattia avvalendosi dei propri medici consulenti.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE E GRAVI MALATTIE NORME COMUNI

ART. 93 - PERIODO DI CARENZA

La presente sezione non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di malattie conosciute o diagnosticate nei tre (3) mesi successivi alla stipula della Polizza (periodo di carenza).

ART. 94 – ESCLUSIONE DELLA CUMULABILITÀ

Le garanzie Invalidità Permanente Totale e Gravi Malattie, avendo per oggetto dell'indennizzo il capitale residuo del Finanziamento/Mutuo al momento del sinistro, non sono cumulabili.

ART. 95 - MODALITÀ DI DENUNCIA SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Società immediatamente tramite raccomandata facendo poi seguito entro tre giorni con la denuncia di "richiesta di indennizzo".

ART. 96 - LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO E OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per Invalidità Permanente Totale o per Grave Malattia, la sezione si estingue nei riguardi dell'Assicurato oggetto dell'indennizzo. In ogni caso il capitale assicurato può essere corrisposto allo stesso individuo una sola volta.

SEZIONE ASSISTENZA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

ABITAZIONE	Fabbricato o porzione di fabbricato ubicato come indicato in polizza, adibito ad abitazione civile, ufficio, studio professionale o esercizio commerciale.
ASSICURATO	Per Assicurato si intende il Contraente medesimo ed i componenti del nucleo familiare, conviventi, risultanti dal certificato di stato di famiglia.
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	E' la struttura di ACI GLOBAL S.p.A. - Viale Sarca 336 – 20126 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Assimoco S.p.A. provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di Assimoco S.p.A. stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
CONTRAENTE	Il sottoscrittore di polizza.
EFFETTO E DURATA	Dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
ESTENSIONE TERRITORIALE	Assistenza Fabbricato: tutte le prestazioni: Italia Assistenza Persona: prestazioni 11, 12, 13, 20: Italia prestazioni 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25: Mondo
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
IN VIAGGIO	Qualunque località oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato e comunque nei limiti dell'estensione territoriale valida per la prestazione.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio.
PRESTAZIONI	Sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.
SINISTRO	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della Polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

ART. 97 - ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde

800-257 114

oppure, per le chiamate dall'estero al numero

02 26962.499

oppure, se non può telefonare, può inviare un telegramma a:

**ACI GLOBAL S.P.A. - Viale Sarca, 336
20126 Milano**

Il diritto alle assistenze fornite dalla Struttura Organizzativa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa stessa ad verificarsi del Sinistro.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1 Il tipo di assistenza di cui necessita.
- 2 Nome e Cognome.
- 3 Numero di polizza preceduto dal numero indicato in scheda di polizza, ed in particolare:
 - In caso sia stata resa operante la sola Assistenza Fabbricato: 3414
 - In caso sia stata resa operante la sola Assistenza Persona: 3415
 - In caso siano state rese operanti entrambe le Assistenza: 3759
- 4 Indirizzo del luogo in cui si trova.
- 5 Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

ART. 98 - PRESTAZIONI VALIDE PER L'ASSISTENZA FABBRICATO

L'assicurazione, alle condizioni e nei limiti in seguito specificati, prevede le seguenti prestazioni:

- | | |
|--|--|
| 1) Invio di un idraulico in caso di emergenza | 8) Invio di un artigiano per interventi ordinari |
| 2) Invio di un elettricista in caso di emergenza | 9) Informazioni legali |
| 3) Invio di un fabbro in caso di emergenza | 10) Informazioni fiscali immobiliari |
| 4) Spese di albergo | 11) Consulenza medica |
| 5) Rientro anticipato per danni all'abitazione | 12) Invio di un medico generico in Italia |
| 6) Invio di un sorvegliante | 13) Trasporto in autoambulanza in Italia |
| 7) Trasloco | |

ART. 99 - PRESTAZIONI VALIDE PER L'ASSISTENZA PERSONA

L'assicurazione, alle condizioni e nei limiti in seguito specificati, prevede le seguenti prestazioni:

- | | |
|---|--|
| 11) Consulenza medica | 19) Rientro anticipato |
| 12) Invio di un medico generico in Italia | 20) Invio di un infermiere a domicilio |
| 13) Trasporto in autoambulanza in Italia | 21) Interprete a disposizione all'estero |
| 14) Rientro sanitario | 22) Anticipo spese di prima necessità |
| 15) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato | 23) Accompagnamento minori |
| 16) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato | 24) Prolungamento del soggiorno |
| 17) Viaggio di un familiare | 25) Rientro salma |
| 18) Invio di medicinali urgenti | |

ART. 100 - COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente Sezione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- malattie o infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- attività di palombaro, acrobata, fabbricazione e brillamento di esplosivi;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci estremo, hockey, rafting, football americano, guida ed uso di guidoslitte, paracadutismo, parapendio, deltaplano e sports aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti da gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nei termini indicati all'art. 2952 C.C..

La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore.

Per quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.

Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.

ART. 101 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.

Ciascuna prestazione è fornita per un numero massimo di tre volte per anno di validità della polizza.

Il diritto alle assistenze fornite dalla Struttura Organizzativa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa stessa ad verificarsi del Sinistro.

Le prestazioni di cui ai punti 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, e 25, della presente Sezione, sono operanti quando, in conseguenza di un Sinistro verificatosi in un luogo ad oltre 50 Km. dal comune di residenza dell'Assicurato, determinano la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato dalla medesima località ove si è determinato il Sinistro.

PRESTAZIONI

1. Invio di un idraulico in caso di emergenza

Qualora presso l'Abitazione sia necessario un idraulico per un intervento di emergenza, la Struttura Organizzativa provvede all'invio di un artigiano, tenendo la Società a proprio carico l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di 150,00 Euro. Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi al materiale necessario per la riparazione.

La prestazione è dovuta per i seguenti casi:

- a) allagamento o infiltrazione nell'Abitazione propria o in quella dei vicini provocato da una rottura, un'otturazione, un guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico;
- b) mancanza d'acqua che non derivi da interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;
- c) mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico - sanitari, provocato da otturazione delle tubature di scarico fisse dell'impianto idraulico.

Sono esclusi:

Per i casi a) e b) i sinistri dovuti a guasti e otturazioni di rubinetti o tubature mobili, collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (lavatrice, ecc.) o i sinistri dovuti a negligenza dell'Assicurato.

Per il caso c) la tracimazione dovuta a rigurgito di fogna, otturazione delle tubature mobili degli elettrodomestici.

2. Invio di un elettricista in caso di emergenza

Qualora presso l'Abitazione sia necessario un elettricista per mancanza di corrente elettrica in tutti i locali dell'Abitazione, per guasti agli interruttori di accensione, agli impianti di distribuzione interna o alle prese di corrente, la Struttura Organizzativa provvede all'invio di un artigiano, tenendo la Società a proprio carico l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di 150,00 Euro. Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi al materiale necessario per la riparazione.

Sono esclusi gli interventi dovuti a:

- a) corto circuito provocato da imperizia o negligenza o dolo dell'Assicurato;
- b) interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore;
- c) guasti al cavo di alimentazione dei locali dell'abitazione a monte del contatore.

3. Invio di un fabbro in caso di emergenza

Qualora presso l'Abitazione sia necessario un fabbro per un intervento di emergenza, la Struttura Organizzativa provvede all'invio di un artigiano, tenendo la Società a proprio carico l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di 150,00 Euro.

Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi al materiale necessario per la riparazione.

La prestazione è operante per i seguenti casi:

- a) smarrimento o rottura delle chiavi, guasto o scasso della serratura che rendano impossibile l'accesso ai locali dell'Abitazione;
- b) scasso di fissi ed infissi, a seguito di furto o di tentato furto, quando ne sia compromessa la funzionalità in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali dell'Abitazione.

4. Spese di albergo

Qualora l'Abitazione sia inagibile, in conseguenza di uno dei sinistri descritti ai punti 1 - 2 - 3 oppure in conseguenza di furto, tentato furto, atti vandalici, incendio, fulmine, esplosione, scoppio, la Struttura Organizzativa provvede alla prenotazione di un albergo per l'Assicurato, tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino ad un massimo per Sinistro di 1.000,00 Euro qualsiasi sia il numero degli Assicurati coinvolti.

5. Rientro anticipato per danni all'abitazione

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio e, a causa di uno dei sinistri descritti ai precedenti punti 1 - 2 - 3 oppure in conseguenza di furto, tentato furto, atti vandalici, incendio, fulmine, esplosione, scoppio, debba rientrare immediatamente alla propria Abitazione, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata; la Società terrà a proprio carico la relativa spesa.

Nei casi in cui l'Assicurato per rientrare più rapidamente debba abbandonare un veicolo in loco, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un ulteriore biglietto per recuperare successivamente il veicolo stesso, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non presenta alla Struttura Organizzativa un'adeguata documentazione sui sinistri che danno luogo alle prestazioni.

6. Invio di un sorvegliante

Qualora a seguito di incendio, esplosione, scoppio, danni causati dall'acqua, atti di vandalismo, furto o tentato furto che abbiano colpito l'Abitazione, la sicurezza stessa ne sia compromessa, la Struttura Organizzativa provvederà, dietro richiesta dell'Assicurato, a predisporre la vigilanza del fabbricato.

La Società terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di 72 ore ed in ogni caso garantirà le tariffe concordate con l'Istituto di vigilanza.

Qualora per ragioni obiettive non fosse possibile reperire una guardia giurata o l'amministratore avesse già contattato un proprio Istituto di vigilanza di fiducia, specifiche istruzioni verranno fornite telefonando alla Struttura Organizzativa.

7. Trasloco

(In funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora si verifichi un Sinistro che renda inabitabile l'Abitazione dell'Assicurato per un periodo non inferiore a 30 giorni dalla

data del Sinistro stesso, la Struttura Organizzativa organizza il trasloco del mobilio dell'Assicurato fino alla nuova Abitazione o deposito in Italia, tenendo la Società a proprio carico il costo relativo al trasloco stesso.

Resta a carico dell'Assicurato il costo relativo all'eventuale deposito così come ogni altra spesa non compresa nei costi di trasloco.

L'Assicurato dovrà richiedere l'effettuazione della presente prestazione entro e non oltre i 60 giorni successivi alla data del Sinistro.

Nel caso in cui, in seguito al Sinistro che ha reso inabitabile la sua Abitazione, l'Assicurato abbia già provveduto a trasportare parte o totalità degli oggetti che ivi si trovavano presso altri luoghi, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasloco dei soli oggetti rimasti nell'Abitazione inabitabile.

8. Invio di un artigiano per interventi ordinari

Qualora l'Assicurato necessiti di un artigiano, per un intervento di riparazione o di manutenzione dell'impianto idraulico, elettrico o degli infissi, la Struttura Organizzativa provvederà all'invio dello stesso.

Resta a totale carico dell'Assicurato il relativo costo (uscita, manodopera, materiali, ecc.).

9. Informazioni legali

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni legali relativamente a:

- famiglia: adozione, affidamento, comunione dei beni, divorzio, eredità, interdizione, matrimonio, paternità/maternità, separazione dei beni, separazione personale, successione, testamento, tutela;
 - casa: compravendita appartamenti, compravendita beni e servizi, condominio, equo canone, lavoro domestico;
- La Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

La Struttura Organizzativa non fornirà pareri o valutazioni su quesiti che riguardano procedure legali già affidate dall'Assicurato ad un proprio legale.

10. Informazioni fiscali immobiliari

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato desideri informazioni fiscali relative a:

- Imposte dirette;
- IRPEF: informazioni fiscali immobiliari riguardanti il quadro B (beni immobili del modulo 740);
- ICI: informazioni riguardanti tutte le categorie di imposte relative agli immobili;
- Imposte indirette;
- IVA: informazioni riguardanti le imposte sul valore aggiunto nell'ambito della compravendita di beni immobili;
- INVIM: informazioni riguardanti l'imposta sull'incremento del valore immobiliare;
- Informazioni fiscali riguardanti le imposte di successione e donazione di beni immobili e le imposte di registro.

Telefonando alla Struttura Organizzativa potrà ricevere le informazioni desiderate.

11. Consulenza medica

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

12. Invio di un medico generico in Italia

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

13. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Compagnia a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

14. Rientro sanitario

Qualora a seguito di Infortunio occorso in viaggio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione, tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il Sinistro avvenga in paesi Europei.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a que-

st'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante qualora l'Assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari.

15. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni: aereo sanitario, aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato, treno prima classe e, occorrendo, vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso; la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in un paese Europeo;
- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

16. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto 15 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato: aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato, treno, prima classe, occorrendo, vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

17. Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

18. Invio di medicinali urgenti

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia) irripetibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

19. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato debba rientrare alla residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto a causa di avvenuto decesso di uno dei seguenti familiari in Italia: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Struttura Organizzativa.

20. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di Infortunio abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 100,00 complessivi per Sinistro.

21. Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero in ospedale per Infortunio trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete assumendone la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

22. Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 150,00.

Qualora l'ammontare delle fatture superasse l'importo di € 150,00 la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie di restituzione ritenute da essa adeguate. L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa non potrà mai comunque superare la somma di € 500,00.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa; se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato; se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate. L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

23. Accompagnamento minori

Qualora l'Assicurato In viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a seguito di Infortunio, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

24. Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato In viaggio, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotare un albergo per l'Assicurato, tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione per un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di € 120,00 per Sinistro.

L'Assicurato al suo rientro dovrà presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

25. Rientro salma

Qualora, a seguito di Infortunio l'Assicurato In viaggio sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 2.500,00 per Sinistro ancorché siano coinvolti più Assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003 N.196

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), Assimoco S.p.A. (di seguito la "Società") in qualità di "Titolare" del trattamento è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali¹.

A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative²

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti³ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁴ - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁵ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁶, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁷.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

B) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari⁸: il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa. Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati.

C) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati⁹ dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati

vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa¹⁰; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

D) Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento¹¹. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso Assimoco S.p.A. - Direzione Tecnica Danni - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224, Segrate (MI), tel.02/26962441; fax 02/26962466; e mail direzionedanni@assimoco.it¹²

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso - per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" - apponendo la Sua firma.

NOTE

¹ Come previsto dall'art. 13 del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

² La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7 punto d e punto e); altri soggetti pubblici (v. nota 7 punto f e punto g).

⁴ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁵ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁶ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁷ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- a. assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autoforniture (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;
- b. società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;(v. tuttavia anche nota 10);
- c. società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- d. ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- e. organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali:
 - assicurazioni aeronautiche: Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche - CIAA (Via dei Giochi Istmici, 40 - Roma), cessato il 31 dicembre 1997 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la valutazione dei rischi aeronautici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni credito e assicurazioni cauzioni: Concordato Cauzione Credito 1994 (Via dei Giochi Istmici, 40 Roma), per lo studio e valutazione dei rischi cauzione e dei rischi credito;
 - assicurazioni furto: ULAV Unione Latina Assicurazione Valori (Via dei Giochi Istmici, 40 - Roma), cessata il 31 dicembre 1996 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la riassicurazione dei rischi trasporto valori;
 - assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giochi Istmici, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi atomici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione e/o retrocessione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni r.c. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (Via Fatebenefratelli, 10 - Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni r.c. auto e natanti: Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID (Piazza S. Babila, 1 - Milano), per la gestione della Convenzione per l'indennizzo diretto, che impegna le imprese assicuratrici aderenti a risarcire, nell'interesse e in nome di ogni altra impresa partecipante, i propri assicurati r.c. auto per sinistri imputabili a soggetti assicurati presso ogni altra impresa aderente, ottenendone successivamente il rimborso da quest'ultima; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l. (Corso Venezia, 8 - Milano), il quale gestisce e liquida i sinistri provocati in Italia da veicoli immatricolati in Stati esteri alle condizioni di cui all'art. 6 della legge 24 dicembre 1969, n. 990, come modificato dalla legge 7 agosto 1990, n. 242, garantisce le "carte verdi" emesse dalle imprese assicuratrici socie, garantisce il rimborso dei sinistri causati all'estero da veicoli immatricolati in Italia non assicurati o assicurati presso imprese assicuratrici poste in liquidazione coatta amministrativa;
 - assicurazioni trasporti: Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova (Via C. R. Ceccardi, 4-26 - Genova), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma (Corso d'Italia, 33 - Roma), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste (Via Torrefranca, 20 - Trieste), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; ANADI - Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto (Via dei Giochi Istmici, 40 - Roma), cessato il 31 dicembre 1996 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la riassicurazione dei rischi delle imbarcazioni e navi da diporto; SIC - Sindacato Italiano Corpi (Via dei Giochi Istmici, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi corpi marittimi ed altri interessi armatoriali ai fini della loro riassicurazione;
- f. CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 - Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile r.c. auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
- g. nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 - Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione (Via Caraci, 36 - Roma), il quale, in base all'art. 226 cod. strad., gestisce l'Archivio nazionale dei veicoli e l'Anagrafe nazionale degli abilitati alla guida; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPDAl (Viale delle Province, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Caracci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

⁸ L'elenco completo e aggiornato dei soggetti di cui ai trattini precedenti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa

I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato

e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.

- 9 Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 10 Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d."catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 7 punto b).
- 11 Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.
- 12 L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è conoscibile in modo agevole anche nel sito internet.



Società per azioni - Capitale Sociale € 65.000.000,00 interamente versato - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n.195 del 18.07.1979 R.I. di Milano e Cod. Fisc. 03250760588 - R.E.A. 1086823 - Part. IVA 11259020151 Sede Legale e Direzione Generale: 20090 Segrate (MI) Centro Direzionale "MILANO OLTRE" Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - Telefono 02/269621 - Telefax 02/26920266.



Mod. D 376 CG 01 Ed. 01/2009 (ST. 01/2009 - AGC)