

Tutela & Benessere

L'assicurazione Infortuni del guidatore e dei trasportati di veicoli a motore

Modello I 77/2/E - Edizione gennaio 2015

Contratto di Assicurazione Infortuni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di Assicurazione;

**deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.**

**Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa.**

UNIQA Assicurazioni SpA



Indice

a) Nota Informativa,
comprensiva del
glossario
(pag. 1 - 7)

Nota Informativa

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	1
B. Informazioni sul contratto	1
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	5
Glossario	7

b) Condizioni di
Assicurazione
(pag. 1 - 12)

Condizioni di Assicurazione

Oggetto dell'Assicurazione	1
Delimitazioni	2
Prestazioni	3
Adempimenti - Liquidazione del sinistro	7
Norme che regolano l'Assicurazione in generale.....	8
Condizioni Particolari.....	11

a) Nota Informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Nella presente Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono evidenziate in **grassetto corsivo** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.uniqagroup.it.

UNIQA Assicurazioni SpA comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

È inoltre prevista per il Contraente o gli aventi diritto la facoltà di richiedere alla Società, secondo le modalità rese note sul sito internet www.uniqagroup.it, le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UNIQA Assicurazioni SpA è un'impresa con Sede Legale in Italia, appartenente al Gruppo UNIQA Italia, autorizzazione D. M. 5716 del 18/08/1966, iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00033. Società con unico azionista, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG.

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496.
- Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.2685831 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it>, e-mail: postasalute@uniqagroup.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'Impresa, sulla base dell'ultimo bilancio approvato riferito al 31/12/2013, dispone di un patrimonio netto pari a 235,77 milioni di Euro di cui 7,74 milioni di Euro relativi a capitale sociale e 226,77 milioni di Euro relativi a riserve di patrimonio netto. L'indice di solvibilità al 31/12/2013, rappresentato come rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine richiesto dalla normativa vigente, è risultato pari a 39,59.

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto prevede il tacito rinnovo alla sua naturale scadenza.

Pertanto, la scadenza contrattuale viene automaticamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 5.6 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le Parti possono rinunciare al rinnovo comunicando la disdetta al contratto con lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. In questo caso il contratto cessa dalle ore 24.00 del giorno di scadenza, e non trova applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, 2° comma del Codice Civile.

In caso di contratto poliennale, è facoltà del Contraente rinunciare al rinnovo ad ogni scadenza annuale *con preavviso di almeno 30 giorni*, purché non ricorrano i presupposti di cui all'art. 1899, 1° comma 2° periodo del Codice Civile.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa Infortuni si intende prestata, secondo la forma assicurativa prescelta indicata nel frontespizio di polizza, a favore:

- di QUALUNQUE PERSONA, in qualità di guidatore del veicolo identificato in polizza (forma 50-Guidatore), per gli infortuni che avvengano in relazione alla guida del veicolo ed alle operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia;
- del CONTRAENTE, in qualità di guidatore di veicoli per i quali è richiesta la patente di guida di categoria «B», compresi anche motocicli e ciclomotori (forma 52-Contraente Guidatore), per gli infortuni che avvengano in relazione alla guida del veicolo ed alle operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia;
- dei TRASPORTATI del veicolo identificato in polizza (forma 53-Trasportati), per gli infortuni da essi subiti in relazione alla circolazione del veicolo durante il trasporto, dal momento in cui vi salgono al momento in cui ne discendono.

Garanzie assicurate in caso di infortunio indennizzabile, se richiamate in polizza:

- nel caso di assicurazione «Trasportati» *le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo le somme indicate nel quadro «Somme Assicurate» per il numero dei posti del veicolo, escluso quello del guidatore, quale risulta dalla carta di circolazione;*
- nel caso di assicurazione prestata esclusivamente a favore del guidatore le somme di copertura sono quelle risultanti nel quadro «Somme Assicurate».

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Caso di Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la somma assicurata prevista viene corrisposta al coniuge ed ai figli dell'Assicurato in parti uguali.

In mancanza di detti beneficiari la liquidazione verrà effettuata in parti uguali agli eredi legittimi dell'Assicurato, applicando i criteri di individuazione di cui all'art. 2122 del Codice Civile. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Caso di Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente, l'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato sulla base del grado di Invalidità Permanente accertato e viene calcolato in percentuale sulla somma assicurata. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

È prevista una franchigia del 3% che viene dedotta dal grado di Invalidità Permanente accertato a seguito dell'infortunio. La franchigia varia per scaglioni di somma assicurata. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Es.: Somma assicurata Euro 100.000,00, franchigia prevista dal contratto 3%, grado di Invalidità Permanente accertato a seguito dell'infortunio 8%.

Il corrispondente indennizzo viene quindi determinato come segue:

Somma assicurata Euro 100.000,00 x 5% (8% grado Invalidità Permanente accertato - 3% franchigia) = Euro 5.000,00.

Rimborso delle spese sanitarie

Si rimborsano le spese sanitarie documentate sostenute per le voci previste, **con il massimo della somma assicurata.**

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 3.4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Per alcune voci sono previsti sottolimiti e franchigie di diversa entità, espressi in Euro, che vengono dedotti dall'ammontare delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato in conseguenza dell'infortunio.

Es.: Somma assicurata Euro 6.000,00; totale delle spese sanitarie sostenute Euro 1.000,00 dedotta la franchigia prevista Euro 70,00 = indennizzo Euro 930,00.

Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una Inabilità Temporanea l'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato **per un periodo massimo di 10 mesi.**

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;
- b) **al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 3.5 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

È prevista una franchigia che viene dedotta dal numero dei giorni in cui l'Assicurato non ha potuto attendere alle proprie occupazioni dichiarate.

Es.: Somma assicurata Euro 35,00, periodo di Inabilità Temporanea 20 giorni, franchigia prevista dal contratto 5 giorni.

Il corrispondente indennizzo viene quindi determinato come segue:

Somma assicurata integrale 100% Euro 35,00 x 9 giorni (14 - franchigia 5 giorni) = Euro 315,00.

Somma assicurata parziale al 50% Euro 17,50 x 6 giorni = Euro 105,00

Indennizzo spettante: Euro 315,00 + Euro 105,00 = Euro 420,00.

AVVERTENZA

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

L'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione elenca le tipologie di infortunio escluse dalla copertura assicurativa.

La copertura assicurativa non è operante per le persone affette dalle patologie dettagliatamente riportate nelle Condizioni di Assicurazione. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia Inabilità Temporanea, al di fuori dei Paesi europei, viene riconosciuta unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

L'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione riporta i termini relativi alla sospensione dell'assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente su i dati e su le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Altre circostanze che possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo sono disciplinate dalle Condizioni di Assicurazione. I particolari sono descritti agli artt. 2.1, 2.2, 4.1, 5.1 e 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla legge.

5. Aggravamento e riduzione del rischio e variazioni nella professione

AVVERTENZA

Se nel corso del contratto si verifica una variazione negli elementi del rischio quali: destinazione d'uso, targa di circolazione, potenzialità, peso a pieno carico o cilindrata, il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società, indicando gli estremi della variazione stessa.

Nel caso di alienazione del veicolo, non seguita da sostituzione, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto stipulato per un solo veicolo, la cui validità, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso tale termine, se l'acquirente non ha chiesto la voltura a suo nome, l'assicurazione cessa. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

La variazione della professione non rappresenta aggravamento o diminuzione del rischio.

6. Premio

Salvo il caso di contratto di durata inferiore a 1 anno "polizza temporanea", il premio di polizza ha cadenza annuale, tuttavia è possibile concordare il frazionamento semestrale del premio applicando interessi di frazionamento **del 3% sul premio annuo**.

Per il pagamento del premio sono previsti i seguenti metodi di pagamento:

- denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore;
- assegni bancari e circolari;
- bonifici bancari;
- bollettini postali;
- bancomat (solo presso gli intermediari dotati di POS).

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non è previsto adeguamento automatico del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA

È prevista la possibilità di recedere dal contratto:

- *sia da parte del Contraente "consumatore" che da parte della Società;*
- *solo da parte della Società se il Contraente non è "consumatore".*

Per i termini e le modalità di esercizio del diritto di recesso vedere l'art. 5.7 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Salvo diversa disposizione in polizza il presente contratto prevede il tacito rinnovo alla sua naturale scadenza.

Le Parti possono rinunciare al rinnovo comunicando la disdetta al contratto, con lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. In questo caso il contratto cessa dalle ore 24.00 del giorno di scadenza e non trova applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, 2° comma, del Codice Civile.

In caso di contratto poliennale è facoltà del Contraente rinunciare al rinnovo ad ogni scadenza annuale con preavviso di almeno 30 giorni, purché non ricorrano i presupposti di cui all'art. 1899, 1° comma 2° periodo del Codice Civile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contatto.

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

11. Regime fiscale

Il premio lordo di polizza è comprensivo di oneri fiscali in base all'aliquota sottoriportata:

- Garanzia Infortuni 2,5%.

Gli oneri fiscali relativi al premio corrisposto e non usufruito non potranno essere rimborsati.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - liquidazione dell'indennizzo. Sezione Infortuni

AVVERTENZA

Il sinistro insorge nel momento in cui si verifica l'evento considerato infortunio ai sensi di polizza e nelle circostanze comprese in garanzia.

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione di luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta entro 10 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a 30 giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a mezzo telefax alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli art. 4.1, 4.2 e 4.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza diretta - Convenzioni

Non sono previste convenzioni per assistenza diretta.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto:

All'attenzione dell'Ufficio Reclami

UNIQA Assicurazioni SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

Fax: 02/28189677 - e-mail: reclami@uniqagroup.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n. 06.421.33.353/745, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In caso di risoluzione delle liti transfrontaliere, l'esponente potrà rivolgersi a quest'ultima Autorità o, in alternativa, direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14. Arbitrato

Per la risoluzione di eventuali controversie è previsto l'arbitrato. Ulteriori particolari sono descritti all'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è il comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

AVVERTENZA

In ogni caso è possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Contraente	il soggetto che stipula il contratto.
Day hospital	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità Temporanea	la perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, un'Invalidità Permanente o un'Inabilità Temporanea.
Invalidità Permanente	la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale ed in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	la degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Sinistro	l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	UNIQA Assicurazioni SpA.

UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

I Rappresentanti Legali
Michele Meneghetti Gottfried Nagler



b) Condizioni di Assicurazione

Oggetto dell'Assicurazione

Art. 1.1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale:

- per il guidatore: per gli infortuni che avvengano in relazione alla guida del veicolo ed alle operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia;
- per le persone trasportate: per gli infortuni da esse subiti in relazione alla circolazione del veicolo durante il trasporto, dal momento in cui vi salgono al momento in cui ne sono discese.

Art. 1.2 - Persone assicurate

A seconda della forma di assicurazione prescelta ed indicata nel frontespizio di polizza, la garanzia si intende prestata a favore:

- di QUALUNQUE PERSONA, in qualità di guidatore del veicolo identificato in polizza (forma 50-Guidatore);
- del CONTRAENTE, in qualità di guidatore di veicoli per i quali è richiesta la patente di guida di categoria «B», compresi anche motocicli e ciclomotori (forma 52-Contraente Guidatore);
- dei TRASPORTATI, del veicolo identificato in polizza (forma 53-Trasportati).

Art. 1.3 - Somme assicurate

Le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo le somme indicate nel quadro «Somme Assicurate» del Mod. I 78/2/E:

- nel caso di assicurazione «Trasportati»: per il numero dei posti del veicolo, escluso quello del guidatore, quale risulta dalla carta di circolazione.
Nel caso in cui al momento del sinistro si trovi sul veicolo un numero di persone superiore a quello dei posti previsti da detta carta di circolazione, le somme assicurate per ciascuna persona saranno **ridotte proporzionalmente**;
- nel caso di assicurazione prestata esclusivamente a favore del guidatore le somme di copertura sono quelle risultanti nel quadro «Somme Assicurate».

Delimitazioni

Art. 2.1 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante:

- a) se il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;*
- b) se il trasporto non è effettuato in conformità alle norme vigenti.*

L'assicurazione non comprende:

- c) gli infortuni occorsi agli assicurati per effetto di loro ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;*
- d) gli infortuni avvenuti in conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- e) gli infortuni avvenuti in conseguenza di atti di guerra, insurrezione, eruzioni vulcaniche, terremoti, inondazioni;*
- f) le conseguenze dirette o indirette derivanti dallo sviluppo - comunque insorto, controllato o meno - di energia nucleare o di radioattività;*
- g) gli infortuni avvenuti durante la partecipazione a gare o competizioni sportive (vedi art. 9 del Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285), alle relative prove ufficiali e alle verifiche preliminari e finali previste nel regolamento particolare di gara.*

Art. 2.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, sieropositività, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organico-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Non sono altresì assicurabili le persone affette da diabete insulinodipendente se alla guida del veicolo.

Art. 2.3 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'Inabilità Temporanea, al di fuori dei paesi europei, vale unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero e dal giorno di rientro in Italia dell'Assicurato.

Prestazioni

Art. 3.1 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la Morte dell'Assicurato e questa si verifichi **entro 1 anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto**, la Società liquida la somma assicurata per il caso di Morte al coniuge ed ai figli in parti uguali.

In mancanza di detti beneficiari la liquidazione verrà effettuata, ferma la ripartizione della somma assicurata in parti uguali, applicando i criteri di individuazione di cui all'art. 2122 del Codice Civile.

Art. 3.2 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifichi **entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto**, la Società liquida, per tale titolo, un'indennità calcolandola sulla somma assicurata per Invalidità Permanente assoluta secondo le percentuali e le disposizioni seguenti per:

	destro	sinistro
perdita totale dell'arto superiore	70%	60%
perdita totale della mano o dell'avambraccio	60%	50%
perdita totale del dito pollice	18%	16%
perdita totale del dito indice	14%	12%
perdita totale del dito medio	8%	6%
perdita totale del dito anulare	8%	6%
perdita totale del dito mignolo	12%	10%
perdita totale di una falange ungueale del dito pollice	9%	8%
perdita totale di una falange di altro dito della mano		1/3 del dito
anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
perdita totale di un arto inferiore al disopra della metà della coscia		70%
perdita totale di un arto inferiore al disotto della metà della coscia ma al disopra del ginocchio		60%
perdita totale di un arto inferiore al disotto del ginocchio, ma al disopra del terzo medio di gamba		50%
perdita totale di un piede		40%
perdita totale di ambedue i piedi		100%
perdita totale dell'alluce		5%
perdita totale di un altro dito del piede		1%
perdita totale della falange ungueale dell'alluce		2,5%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
anchilosi del ginocchio in estensione		25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica		15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
perdita della facoltà visiva di un occhio		25%
perdita della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%
sordità completa di un orecchio		10%
sordità completa di ambedue gli orecchi		40%
stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
esiti di frattura scomposta di una costa		1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale		12%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	5%	
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12 ^a dorsale		10%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare		10%
esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		5%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
perdita anatomica di un rene		15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali d'Invalidità Permanente stabilite dalla suddetta tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, ***fino a raggiungere al massimo il valore del 100%***.

Nei casi d'Invalidità Permanente non specificati nella suddetta tabella, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

Art. 3.3 - Franchigia per Invalidità Permanente

Qualora l'infortunio determini una Invalidità Permanente, l'indennizzo è calcolato secondo le seguenti modalità:

- ***sulla parte della somma assicurata fino a Euro 160.000,00 per persona: l'indennizzo è calcolato con applicazione di una franchigia di 3 punti percentuali sul grado di Invalidità Permanente accertato.***

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore a 11 punti percentuali l'indennizzo è calcolato senza deduzione di alcuna franchigia;

- ***sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 160.000,00 per persona: l'indennizzo è calcolato con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di Invalidità Permanente accertato.***

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore a 18 punti percentuali l'indennizzo è calcolato senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 3.4 - Rimborso delle spese sanitarie

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società assicura, ***fino a concorrenza della somma di Euro 6.000,00*** da ripartire a norma dell'art. 1.3, il rimborso delle spese sostenute:

1) durante il ricovero, per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- tickets relativi alle prestazioni precedenti.

Se il ricovero avviene in ospedale pubblico, qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, la Società corrisponderà un'indennità sostitutiva del rimborso di **Euro 30,00** per ogni giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, ***con il massimo di 3 mesi per anno assicurativo;***

- 2) dopo il ricovero, purché direttamente conseguenti all'infortunio e prescritti dal medico curante, per:
- esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, avvenuti nei 4 mesi successivi al primo ricovero;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, compiuti nei 6 mesi successivi al primo ricovero;
 - cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), compiute nei 6 mesi successivi al primo ricovero.
- Qualora l'infortunio non abbia dato origine a ricovero, i termini di cui sopra relativi alle prestazioni post-ricovero ed alle cure termali si intendono computati a partire dalla data dell'infortunio stesso; in tal caso, inoltre, **è operante una franchigia di Euro 70,00 per sinistro**;
- 3) per il trasporto dell'Assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo;
- 4) per protesi ortopediche: la Società rimborsa le spese sostenute per il primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, resa necessaria dall'infortunio nonché per le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio (**per il periodo massimo di 1 anno**) di carrozzelle ortopediche;
- 5) per i danni estetici: sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni (**inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva**) **effettuate entro 2 anni dall'infortunio**, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso;
- 6) per protesi dentarie: la Società rimborsa le spese sostenute **fino alla concorrenza della somma complessiva di Euro 1.100,00 da ripartire a norma dell'art. 1.3. Sono esclusi in ogni caso i primi Euro 150,00 per sinistro.**

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cure ultimate.

Art. 3.5 - Inabilità Temporanea e franchigia

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni, la Società liquida la somma assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni;
- al **50%**, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività.

L'indennità per Inabilità Temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, **decorre dal 6° giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal 6° giorno successivo a quello della denuncia e cessa con il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.**

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 4.1, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Detta indennità viene corrisposta **per un periodo massimo di 10 mesi da quello dell'infortunio.**

Art. 3.6 - Cumulo di indennità

L'indennità per Inabilità Temporanea ed il rimborso delle spese di cura si cumulano con le indennità per Morte o per Invalidità Permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, **ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio** ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponde alle persone indicate all'art. 3.1 o, in difetto, ai beneficiari designati, **la differenza fra** l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e per Inabilità Temporanea sono di carattere personale e quindi non trasmissibili agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga alle persone indicate all'art. 3.1 o, in difetto, ai beneficiari designati per il caso di Morte, l'importo liquidato od offerto.

Adempimenti - Liquidazione del sinistro

Art. 4.1 - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta entro 10 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a 30 giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a mezzo telefax alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 4.2 - Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 4.3 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida le indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipi, salvo quanto previsto dall'art. 5.4 e nei casi di:

- Inabilità Temporanea di durata accertata superiore ai 2 mesi e sempre che l'Assicurato abbia ottemperato agli obblighi di cui all'art. 4.1, la Società - se richiesto - corrisponderà un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alle certificazioni mediche prodotte alla data della richiesta, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva;
- Invalidità Permanente presunta, nel senso che, qualora trascorsi 3 mesi dal termine della cura medica sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20%, la Società - se richiesto - corrisponderà un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva.

Detti anticipi verranno effettuati fino a concorrenza di un esborso massimo di Euro 11.000,00.

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Art. 5.1 - Dichiarazioni del Contraente - Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 5.2 - Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni negli elementi del rischio quali: destinazione d'uso, targa di circolazione, potenzialità, peso a pieno carico o cilindrata, ***il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società, indicando gli estremi della variazione stessa.*** Se questa implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società ha il diritto di chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso di alienazione del veicolo, seguita da sostituzione, l'assicurazione diviene valida per il nuovo veicolo - purché della stessa specie ed adibito allo stesso uso di quello sostituito - dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata o dall'ora di accettazione del telegramma di denuncia, salvo il disposto del comma precedente se la sostituzione implica aggravamento di rischio.

Nel caso di alienazione del veicolo, non seguita da sostituzione, ***il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto stipulato per un solo veicolo, la cui validità se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso tale termine, se l'acquirente non ha chiesto la voltura a suo nome, l'assicurazione cessa.***

Art. 5.3 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente o l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario che intermedia la polizza oppure alla Società.

Art. 5.4 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado d'Invalidità Permanente o sul grado o durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dall'art. 4.2 - Criteri d'Indennizzabilità delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa ad ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.5 - Foro competente

Nel caso in cui il Contraente sia Consumatore ai sensi di legge il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo in Italia del Contraente.

Nel caso in cui il Contraente non sia Consumatore ai sensi di legge il Foro competente è, a scelta della parte attrice, quello del luogo ove ha sede legale il Contraente o la Società.

Art. 5.6 - Proroga dell'assicurazione

Salvo diversa disposizione convenuta tra le Parti opportunamente indicata in polizza, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è **prorogata per 1 anno**, e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 5.7 - Recesso in caso di sinistro delle presenti Condizioni di Assicurazione. Se diversamente disposto l'assicurazione cesserà alla naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 5.7 - Recesso in caso di sinistro

Nel caso in cui il Contraente sia Consumatore ai sensi di legge:

- dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Nel caso in cui il Contraente non sia Consumatore ai sensi di legge:

- dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data d'invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data d'invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 5.8 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto previsti dalle Condizioni di Assicurazione spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 5.9 - Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, *sono a carico del Contraente* anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 5.10 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente polizza, si applicano le disposizioni di legge.

Art. 5.11 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Condizioni Particolari (valide se richiamate in polizza)

01 - Assicurazione degli utenti di imbarcazioni a motore da diporto

L'assicurazione è prestata a favore del guidatore e dei trasportati a bordo dell'imbarcazione indicata in polizza, durante la navigazione.

Le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo le somme indicate nel quadro «Somme Assicurate» per il numero delle persone trovantisi a bordo dell'imbarcazione stessa, al momento del verificarsi dell'evento dannoso, indipendentemente dal fatto che dette persone abbiano subito o meno lesioni.

L'assicurazione comprende anche gli infortuni occorsi durante le operazioni di messa in moto, le manovre a remi e l'esercizio della pesca con lenza dall'imbarcazione; conseguenti a capovolgimento o affondamento dell'imbarcazione ovvero a caduta in acqua, in quanto accidentale; cagionati dalle operazioni di approntamento e messa in acqua degli attrezzi di pesca subacquea a bordo dell'imbarcazione.

L'assicurazione non comprende gli infortuni verificatisi durante le operazioni di messa in acqua e ricovero a riva dell'imbarcazione.

Qualora a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di Morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, ***non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi*** dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

02 - Assicurazione con regolazione consuntiva del premio

A condizione che il Contraente intenda assicurare i propri veicoli nella stessa "forma di assicurazione" e per uguali "somme assicurate" di quelle inizialmente stabilite, è data facoltà al Contraente di sostituire, aggiungere e diminuire in caso di alienazione, i veicoli indicati in polizza con comunicazione da darsi alla Società a mezzo lettera raccomandata precisando la marca, il tipo, la targa ed il "codice" del veicolo da assicurare.

Le variazioni avranno effetto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione risultante dal timbro postale apposto sulla raccomandata.

Fermo restando per il Contraente l'obbligo di pagare in via provvisoria all'inizio di ogni annualità assicurativa il premio risultante dal conteggio esposto in polizza o nelle successive appendici, si conviene che alla scadenza dell'annualità stessa si procederà alla regolazione del premio dovuto in via definitiva alla Società, prendendo per base il periodo di garanzia prestata per ciascun veicolo.

In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare - assieme alla differenza del premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la regolazione si riferisce - la differenza di premio per le rate successive in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

In caso di diminuzione del rischio, la Società restituirà il maggior premio imponibile percepito per la rata successiva.

Sia la differenza di premio risultante dalla regolazione sia il maggior premio dovuto dal Contraente per le rate successive, dovranno essere versati ***entro 30 giorni*** dalla data di comunicazione della Società.

Se il Contraente non ottempera a questa disposizione, l'assicurazione resta sospesa fino al giorno successivo a quello del versamento, salvo il diritto per la Società di adire giudizialmente o dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

03 - Adozione della tabella di legge

La tabella delle percentuali d'Invalidità Permanente prevista dall'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione, si intende sostituita da quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino al 24 luglio 2000, con l'intesa che le percentuali indicate nell'anzidetta tabella sono in ogni caso riferite alla somma assicurata in polizza per il caso d'Invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione verrà effettuata in conto capitale anziché sotto forma di rendita.

UNIQA Assicurazioni SpA

Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - www.uniqagroup.it - Capitale Sociale € 7.740.000,00 i.v.

C.F. / P.I. / Registro Imprese Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496 - Autorizzazione D.M. 5716 del 18/08/1966 (G.U. 217 del 01/09/1966)

Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00033 - Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo gruppi n. 007)

Società con unico azionista, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG