



Tua Assicurazioni S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

Contratto di assicurazione sugli infortuni Tua Per Te Plaid²

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

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (Reg. n. 35/2010), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

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

Le consigliamo infine di conservare la presente informativa unitamente alla documentazione di polizza.

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.tuaassicurazioni.it

A – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 Informazioni generali

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni - ha sede legale e sociale in Italia, Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) - Telefono: 02/2773399 - Fax: 02/2773355 – Sito internet www.tuaassicurazioni.it – e-mail: servizioclienti@tuaassicurazioni.it

TUA Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 1041 del 20/11/1998 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 277 del 26/11/1998. È iscritta all'albo imprese ISVAP n. 1.00132 del 03.01.2008.

Registro delle Imprese Milano n. 2816710236.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 22,4 milioni di euro (capitale sociale: 15,7 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 22,6 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 1,28 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente

B – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto, salvo diversa indicazione sul simplo di polizza, è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA: In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Se è pattuita la non rinnovabilità il contratto cessa alla scadenza senza ob-

bligo di disdetta. Si rinvia all'Art. 10 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale. Si rinvia all'Art. 6 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3 COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni generali di assicurazione, sono quelle riportate sul simplo di polizza, scelte tra le seguenti:

SEZIONE TUTELA IN CASO DI INFORTUNI NEL TEMPO LIBERO

Le garanzie della presente sezione possono essere fornite nella sola forma Tempo Libero, per il singolo individuo (purché lavoratore dipendente) o per il nucleo familiare, come evidenziato nelle condizioni generali di assicurazione all'articolo 15 al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

- **Morte:** TUA, in caso di morte da infortunio dell'assicurato, corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o eredi. Si rimanda agli articoli da 15 a 19 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 11 da 15 a 19, 26 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da 15 a 19 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro

- **Invalità permanente:** Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o

parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i criteri indicati nell'articolo 20, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza. È possibile aumentare o diminuire la valutazione del grado di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da 15 a 18 e da 20 a 22 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 11, da 15 a 18, da 20 a 22, 26 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da 15 a 18, da 20 a 22 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno (IP accertata): 12%

Franchigia: 5%

Indennizzo: 7.000 euro (12-5%= 7% di 100.000 euro)

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno (al netto dell'eventuale franchigia): 50.000 euro
 Indennizzo: 50.000 euro

- **Rimborso spese di cura:** In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, comportante una invalidità permanente di qualsiasi grado, TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle spese effettivamente sostenute indicate nell'articolo 23 sia in caso di ricovero che senza ricovero. Si rimanda agli articoli da 15 a 18 e 23 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 11, da 15 a 18, 23, 26 e se-

guenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da 15 a 18, 23 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

Somma assicurata (massimale): 500 euro

Danno: 400 euro

Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro

Indennizzo: 400 euro - 100 euro (il 20% di 400 è 80 euro, inferiore al minimo di 100 euro) = 300 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 1.250 euro

Danno: 3.000 euro

Indennizzo (al netto di eventuali scoperti): 1.250 euro

Per tutte le sezioni di polizza vale inoltre la seguente:

AVVERTENZA: Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 11 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Gli assicurati devono avere la dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; si rimanda all'articolo 24 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del sinistro, così come previsto dall'articolo 1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

5 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi aggravamento o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione, così come previsto dagli articoli 3, 4, 15 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio modificazione del rischio: qualora l'assicurato abbia dichiarato in fase di stipula della polizza di svolgere la propria attività in qualità di dipendente, ed abbia stipulato la detta polizza in forma individuale (non per la famiglia) e successivamente diventi un lavoratore autonomo, deve comunicarlo a TUA per l'opportuna modifica delle condizioni contrattuali e di premio, trattandosi di attività esclusa dal contratto.

6 PREMI

Il pagamento del premio, che il cliente è tenuto a versare alle scadenze convenute (annuali, semestrali) ed indicate in contratto, può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'agente in qualità di agente di TUA,
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA,

contante,

tali mezzi di pagamento possono essere utilizzati sempre nei limiti (anche di somme) previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rimanda all'articolo 7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso sia concesso il frazionamento semestrale (non previsto nella soluzione Bronzo), verrà applicato un onere aggiuntivo pari al 3%.

7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:

- il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

8 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

9 REGIME FISCALE

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

Il premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del:

Aliquota	Garanzia/Sezione
2,5%	Tutela in caso di infortuni

C – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10 SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

La denuncia del sinistro deve essere inviata (con le modalità ed informazioni indicate nelle condizioni generali di assicurazione) a TUA entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne ha avuto conoscenza e possibilità, come meglio disciplinato dall'articolo 26 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Potrà essere prevista la visita medica per la definizione del

sinistro come meglio disciplinato dall'articolo 28 delle condizioni generali di assicurazione; inoltre le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato, come meglio disciplinato dall'articolo 26 delle condizioni generali di assicurazione.

AVVERTENZA: si rimanda anche agli articoli 27 e 29 delle condizioni generali di assicurazione per gli altri aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione e pagamento dell'indennizzo.

11 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a TUA al seguente indirizzo:

Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami

**c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)**

Fax: 02/2773470

E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n° 21 - 00187 Roma - Fax 06/42133206), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da TUA.

Il reclamo all'ISVAP deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione

dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito <http://ec.europa.eu/fin-net>.

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'autorità Giudiziaria.

12 ARBITRATO

Per le garanzie della sezione "Tutela in caso di infortuni nel tempo libero", è previsto che TUA ed il contraente possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti; in tal caso il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato (vedasi articolo 28 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

AVVERTENZA: Resta in ogni caso fermo il diritto di TUA e del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

13 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Glossario

Ai seguenti termini TUA ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività professionale:	attività svolta dall'assicurato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.
Beneficiario:	la persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale TUA deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari.
Codice delle Assicurazioni:	il Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 recante "Riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private - Codice delle Assicurazioni private" e successivi atti attuativi e modificativi.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.
Invalidità Permanente:	la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Massimale:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Nucleo familiare:	il nucleo, composto da almeno due persone, risultante sul certificato anagrafico "Stato di famiglia", cui appartiene il contraente.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rischio in itinere:	infortunio verificatosi percorrendo il tragitto più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa, nel tempo strettamente necessario per percorrerlo.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sforzo:	atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. - sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTE NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

Data di aggiornamento: 01/12/2010.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

DOTT. ANDREA SABÌA



Premessa

Data di aggiornamento: 01/12/2010

Le seguenti condizioni (facenti parte del fascicolo informativo di cui al modello FASPLA 5 ed. 12/2010) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello TPT906 1 edizione 12/2010.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le partite per le quali è stata indicata la somma assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Rimando al Glossario

TUA Assicurazioni s.p.a. ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente ai termini indicati nel Glossario il significato in esso indicato.

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni del contraente

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.

Art. 2 – Altre assicurazioni

L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

L'assicurato o il contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali. In caso di sinistro, l'assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.

Art. 3 – Aggravamento del rischio

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.

Art. 4 – Diminuzione del rischio

L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 5 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.

Art. 6 – Durata

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale, mediante fax o lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima.

Art. 7 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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 effettivo.

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 dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

Il premio o la prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'agenzia che devono indicare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.

Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA.
- pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 500 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.

Avvertenze: è fatto comunque divieto, in presenza di pagamento di uno o più premi riferiti al medesimo o a diversi contratti, il trasferimento di denaro contante o titoli al portatore quando il valore dell'operazione, anche frazionata, è complessivamente pari o superiore a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento).

Art. 8 – Comunicazioni e modifiche al contratto

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Periodo di assicurazione

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 – Proroga, disdetta e variazione del premio

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove condizioni, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Qualora in polizza sia indicato NO alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 11 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del con-

tratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.

Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza.

Art. 12 – Foro Competente

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Art. 13 – Oneri fiscali

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

Art. 14 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.

Art. 14 bis – Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Tutela in caso di infortuni nel tempo libero

Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione - TEMPO LIBERO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nell'esercizio di ogni attività che non abbia carattere professionale, occorsi in conseguenza:

- dei comuni avvenimenti della vita privata o sociale;
- di attività hobbistiche, sportive, domestiche o di volontariato;
- di locomozione, uso e guida di mezzi di trasporto, compreso il rischio in itinere.

Assicurazione per tutta la famiglia

Qualora sul simple sia crociato il riquadro relativo ad "assicurazione per tutta la famiglia", l'assicurazione è prestata per tutti i componenti il nucleo familiare che risultino assicurabili (Art. 11), dei quali il contraente ne dichiara il numero.

Pertanto, le somme assicurate per i casi di "Morte" ed "Invalidità permanente" verranno divisi per il numero dei componenti del nucleo familiare al momento del sinistro e comunque per un numero non superiore a quattro, anche se il nucleo risulterà composto da un numero superiore di persone.

In caso di sinistro, comunque, troverà applicazione quanto segue:

- per assicurati **"studenti", o minori di anni 18, la somma assicurata in caso di morte si intende ridotta del 50%**, mentre in caso di invalidità permanente si intende aumentata del 50%;
- **per assicurati "pensionati" sia la somma assicurata in caso di morte che quella per il caso di invalidità permanente si intende ridotta del 50% o, in caso di età pari o superiore a 75 anni, ridotta del 90%;**
- per il caso di "Rimborso spese di cura" la somma assicurata rappresenta il limite di massimo indennizzo, per ogni anno assicurativo, complessivo **per i soli componenti del nucleo familiare che siano di età inferiore a 75 anni, mentre non opera**

per i componenti di età pari o superiore;

- l'indennizzo complessivo per ogni sinistro non potrà superare la somma o il massimale assicurato e riportato in polizza;
- **non si considerano nel conteggio dei componenti il nucleo familiare al momento del sinistro, le persone non assicurabili (Art. 11) e quelle di età pari o superiore a 75 anni.**

Assicurazione per persona fisica

Qualora sul simple sia crociato il riquadro relativo ad "assicurazione per persona fisica", l'assicurazione è prestata per le persone fisiche conviventi con il contraente, nominativamente identificate in polizza (cognome, nome e data di nascita) e di professione lavoratori dipendenti o dirigenti (purchè inquadrato come dipendente), che mantengano tali qualifiche per l'intera durata contrattuale. Le somme assicurate ed i massimali si intendono quindi prestati per ogni singola persona assicurata. **Sono escluse dall'assicurazione i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i benestanti ed i lavoratori autonomi o liberi professionisti.**

Art. 16 – Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- a) colpa grave dello stesso;
- b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, **a condizione che non vi abbia preso parte attiva;**
- c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) stato di guerra, dichiarata e non, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;**
- e) movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche

Morte

Art. 19 – Morte per infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'assicurato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la

somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta, l'assicurato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di polizza, per altri casi eventualmente assicurati.**

Invaldità permanente

Art. 20 - Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i seguenti criteri:

a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente to-

tale, TUA corrisponde la somma assicurata;
b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

	Destro	Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
anchilosi della scapolo-omeroale 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%
amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
amputazione di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un altro dito del piede		1%
- una falange dell'alluce		2,5%
ernia addominale da sforzo solo nel caso in cui non sia operabile		max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
anchilosi del ginocchio in estensione		25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragale		15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
un occhio		25%
ambedue gli occhi		100%
perdita anatomica di un rene		15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
sordità completa di un orecchio		10%

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", TUA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Norme comuni alla sezione

Art. 24 – Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. 25 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. 26 – Cosa fare in caso di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia "Invalidità permanente" alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio, nonché certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Per la garanzia "Rimborso spese di cura", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. 27 – Criteri di indennizzabilità

TUA indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è

fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

Art. 28 – Valutazione del danno ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte

**dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.
L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie
indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziale.**

Art. 29 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco