

PROTEZIONE CONDUCENTE

L'ASSICURAZIONE
PER GUIDARE CON SERENITÀ



 **Navale**
ASSICURAZIONI DAL 1914

PROTEZIONE CONDUCENTE

CONDIZIONI DI POLIZZA

*Polizza di assicurazione infortuni
e assistenza dell'automobilista*

mod. PCOL01 Ediz. 01/2010

Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914



NAVALE ASSICURAZIONI SP.A. FONDATA NEL 1914. Capitale Sociale € 96.250.000,00 interamente versato.
SEDE LEGALE E DIREZIONE: V. della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia - Tel. 025821111 - Fax 0258211710 - c.p. 1221
REA 1129621 - C.F. P.IVA 00296790389 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con RDL del 29/4/1923 n° 966
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Gruppo Finanziario SpA . www.navale.it



PREMESSA

La presente **nota informativa** è predisposta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, nonché con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

Le assicurazioni di cui alla presente Nota saranno assunte da Navale Assicurazioni S.p.A., con sede in Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art.65 del R.D.L. 29 Aprile 1923, n.966), e soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., con sede in Via Stalingrado 45 40128 Bologna - Italia.

1. INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRATTO

1.1 Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. potranno convenire di assoggettare il contratto a una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Navale Assicurazioni S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

1.2 Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami in merito al contratto possono essere rivolti direttamente a:

NAVALE ASSICURAZIONI S.p.A.

Reclami e Assistenza Clienti,

Via della Unione Europea 3/B

20097 San Donato Milanese (MI)

Fax n° 02.58211714 - e-mail: reclami@navaleassicurazioni.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'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Navale Assicurazioni S.p.A.

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

Nel caso in cui il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. concordino di applicare al contratto la legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta ed in tal caso l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Cliente stesso.

2. INFORMAZIONI RELATIVE AI SINISTRI

In caso di sinistro il fatto deve essere denunciato prontamente a Navale Assicurazioni S.p.A. indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili alla rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni, così come previsto dall'articolo specifico contenuto nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Per le assicurazioni di responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

Il decorrere del termine di prescrizione può essere interrotto mediante richiesta a mezzo raccomandata o mediante notifica di atto giudiziario.

INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Le presenti informazioni 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 di assicurazione contenute in polizza.

DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto prevede il tacito rinnovo, per cui in mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra parte a mezzo raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data;

NOTA INFORMATIVA RAMI INFORTUNI E MALATTIA

- del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la garanzia "Malattie gravi";
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

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 degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

La nota informativa non sostituisce le Condizioni di polizza consegnate al Cliente e che lo stesso è invitato a leggere con attenzione prima della sottoscrizione del contratto, richiedendo all'agenzia tutti i chiarimenti necessari.

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(2) (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge(3). In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti(4); ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(5) e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(6).

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa(7).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Navale Assicurazioni S.p.A. (www.navale.it) con sede in Via della Unione Europea 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare il sito www.navale.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

NOTE

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Nota informativa Rami Infortuni e Malattia	3
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	5
Definizioni	8
Condizioni generali di assicurazione	
- <i>Norme che regolano l'assicurazione in generale</i>	8
- <i>Norme che regolano l'assicurazione Infortuni</i>	9
- <i>Norme che regolano l'assicurazione Assistenza</i>	12
- <i>Istruzioni per la richiesta di Assistenza</i>	14

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Impresa:	Navale Assicurazioni S.p.A.
Premio:	la somma dovuta all'Impresa.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Indennizzo:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura - pubblico o privato - regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Struttura Organizzativa (Garanzia Assistenza):	è la struttura di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. - piazza I. Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni, (MI) – costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste in polizza.
Prestazioni (Garanzia Assistenza):	sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).
- 2. Altre assicurazioni**
Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio; in caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..
- 3. 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 il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C..
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.
- 4. Modifiche dell'assicurazione**
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.
- 5. Aggravamento del rischio**
Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

- 6. Obblighi in caso di sinistro** In caso di sinistro, l'Assicurato o gli aventi diritto deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza e/o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 C.C.. L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C..
- 7. Recesso in caso di sinistro** Entro i 60 giorni successivi al pagamento o alla contestazione dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, le Parti possono recedere dall'assicurazione a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Il recesso esercitato dall'Impresa ha effetto dopo 30 giorni dal ricevimento della raccomandata. Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dal giorno stesso del ricevimento della raccomandata. In ogni caso, l'Impresa entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa al Contraente la parte di premio - al netto dell'imposta - relativo al periodo di rischio pagato e non goduto.
- 8. Proroga dell'assicurazione** In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata di un anno e così successivamente.
- 9. Oneri fiscali** Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.
- 10. Rinvio alle norme** Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- 11. Oggetto dell'assicurazione** L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante la guida del veicolo specificato in polizza (formula prescelta 1), oppure durante la guida del tipo di veicolo per il quale è prestata in polizza la garanzia (formula prescelta 2). In entrambi i casi sono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante l'effettuazione di operazioni rese necessarie, in caso di fermata del veicolo stesso, per la ripresa della marcia.
- 12. Rischi esclusi** L'assicurazione non è operante se l'Assicurato:
- non è abilitato alla guida del veicolo descritto in polizza (formula prescelta 1) ovvero del tipo di veicolo per il quale è prestata la garanzia (formula prescelta 2);
 - si trovi alla guida di veicolo diverso da quello descritto in polizza (formula prescelta 1) o di tipo diverso da quello per il quale è prestata la garanzia (formula prescelta 2).
- Sono altresì esclusi dalla garanzia gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di:
- a)** ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
 - b)** partecipazione a corse e/o gare e relative prove;
 - c)** azioni dolose compiute o tentate dallo stesso;
 - d)** guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
 - e)** trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- 13. Limiti di età** L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale limite di età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che, in tal caso, verranno restituiti a richiesta del Contraente.
- 14. Persone non assicurabili** Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.
- 15. Limiti territoriali** L'assicurazione vale per gli infortuni che si verifichino nel territorio di tutti i paesi europei.
- 16. Denuncia dell'infortunio e oneri relativi** Fermo quanto previsto dall'art. 6, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi o i legittimi testamentari devono consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari.
- 17. Criteri di indennizzabilità** L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le 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.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 19 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

18. Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

La somma assicurata viene liquidata agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia se, dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

19. Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma individualmente assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo la tabella stabilita per l'industria all'allegato n. 1 del T. U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e per la mano sinistra e viceversa.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Resta in ogni caso inteso e convenuto che non si farà luogo a risarcimento quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

20. Invalidità permanente - Tabella NAVALE PLUS Criteri di indennizzo (operante solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

L'indennità per invalidità permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella Navale Plus sottoriportata, applicando alla somma assicurata per invalidità permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri della Tabella INAIL.

Tabella Navale Plus

Grado di Invalidità Permanente Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata		
	Fino a € 250.000,00	Grado di Invalidità Permanente Accertato	Fino a € 250.000,00
1	0	51	83
2	0,6	52	86
3	1	53	89
4	2	54	92
5	2,5	55	95
6	3	56	98
7	4	57	101
8	6	58	104
9	8	59	107
10	10	60	110
11	11	61	113
12	12	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	143
22	24	72	146

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

23	26	73	149
24	28	74	152
25	30	75	155
26	32	76	225
27	34	77	225
28	36	78	225
29	38	79	225
30	40	80	225
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

21. Rimborso delle spese di cura

In conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino a concorrenza, per sinistro e per anno assicurativo, della somma assicurata a titolo di rimborso spese di cura, la Impresa rimborsa le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici, dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento.

Inoltre, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% della somma assicurata, la Impresa rimborsa le spese sostenute per:

- medicinali;
- trattamenti fisioterapeutici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato, a mezzo ambulanza, in ospedale clinica od ambulatorio.

L'Impresa, effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi ed a cure ultimate restando comunque inteso che, per le spese sostenute all'estero, il rimborso verrà effettuato in Italia con valuta euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dall'Ufficio Italiano dei Cambi.

22. Diaria degenza

L'Impresa, nel caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde l'indennità garantita per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 300 giorni per infortunio.

Il pagamento sarà effettuato a degenza conclusa e su presentazione, in originale, dei documenti atti a comprovare i motivi del ricovero e la durata.

23. Indennità gesso

L'Impresa, qualora a seguito dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza venissero applicati all'Assicurato apparecchi gessati, tutori immobilizzanti o mezzi di contenimento equivalenti, corrisponde l'indennità garantita per ogni giorno di durata della gessatura, con il limite massimo di 40 giorni per evento.

L'indennità verrà corrisposta ad avvenuta guarigione clinica e su presentazione, in originale, di documenti atti a comprovare i motivi della gessatura e la relativa durata.

24. Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 17 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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 da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

- 25. Diritto di surrogazione**
L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso terzi responsabili dell'infortunio.
- 26. Alienazione e/o sostituzione del veicolo.**
In ipotesi di copertura su veicolo identificato (formula prescelta 1), a fronte di alienazione del veicolo designato nel contratto e di sua sostituzione con altro, il Contraente deve darne immediata comunicazione all'Impresa mediante lettera raccomandata indicando i dati di identificazione e le caratteristiche tecniche del nuovo veicolo.
Dal momento dell'alienazione l'assicurazione non è più valida per il veicolo alienato e diviene valida per il nuovo veicolo comunque non prima delle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostitutiva.
Per il caso di alienazione non seguita da sostituzione valgono le disposizioni di cui all'art.1918 C.C.
- 27. Commorienza - Morte contemporanea del coniuge**
Qualora, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso infortunio che ha causato il decesso dell'Assicurato, sia deceduto anche il coniuge e tra i beneficiari della polizza siano compresi figli che alla data del sinistro erano a carico (minorenni o anche maggiorenni se portatori di invalidità di grado pari o superiore al 60%), l'Impresa liquida un ulteriore indennizzo pari al 50% della somma loro spettante per il caso di morte ma con un limite massimo assoluto di 100.000 Euro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Impresa, per il tramite di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., presta i seguenti servizi di Assistenza:

- 1. Consulenza medica**
Qualora a seguito di infortunio 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.
- 2. Invio di un medico generico al domicilio in Italia**
Qualora a seguito di infortunio 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 dell'Impresa 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.
- 3. Trasporto in autoambulanza in Italia**
Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente, tenendo l'Impresa 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).
- 4. Trasporto sanitario**
Qualora a seguito di infortunio 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 un istituto di cura attrezzato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, provvederà:
- 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;
 - 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, occorrendo, il vagone letto
 - autoambulanza, senza limiti di percorso. (la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasporto avvenga in Paesi Europei)
 - 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 Impresa sino ad un massimo di 3.000 Euro per sinistro, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa. L'Impresa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'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 non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addividengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto 4. 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 ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Impresa fino ad un massimo di 150 Euro per sinistro, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa. 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.

6. Custodia minori

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a due giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 48 ore per sinistro.

7. 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 professionale, assumendone l'Impresa l'onorario fino ad un massimo di 100 Euro per sinistro.

8. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato, trovandosi in viaggio, debba rientrare alla propria residenza in Italia prima della data che aveva programmato, a causa di infortunio di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, purché anch'egli Assicurato e sempreché sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno (prima classe) o in aereo di linea (classe economica) fino al luogo di residenza dell'Assicurato, oppure fino al luogo, in Italia, dove il familiare è ricoverato, tenendo la Impresa 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.

9. Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempreché commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviargliele con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. L'Impresa terrà a proprio carico le spese di ricerca e spedizione dei medicinali, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali stessi.

10. Anticipo spese mediche all'estero

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di 3.000 Euro per sinistro. 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.

Al rientro l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dello anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

1. Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno di validità della polizza.
2. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport 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;
 - e) malattie nervose e mentali, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
4. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.
5. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
6. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
7. Ogni diritto nei confronti dell'Impresa si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C..
8. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
9. Il diritto alle assistenze fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
10. L'Impresa ha la facoltà di cambiare Struttura Organizzativa dando tempestivo avviso al Contraente.

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:

800.823.105

oppure al numero

+39 02 24.12.83.76 (per chiamate dall'estero)

oppure se non può telefonare può inviare un fax a:

02 24.12.82.45

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di polizza
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 relativi 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.



Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914

NAVALE ASSICURAZIONI SPA. FONDATA NEL 1914.

SEDE LEGALE E DIREZIONE:

V. della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese
(MI) Italia - Tel. 02 582111 - Fax 02 58211710 - c.p. 1221

