

PERSONE NON
IDENTIFICATE

PROTEZIONE INFORTUNI AZIENDE



Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914

PERSONE NON IDENTIFICATE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Persone non identificate

Art. 4.1

Oggetto dell'assicurazione

A) Rischio professionale ed extraprofessionale

Se nella scheda di polizza risulta assicurato il Rischio professionale ed Extra-professionale, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

B) Rischio professionale

Se nella scheda di polizza risulta assicurato il Rischio professionale, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che gli Assicurati subiscano nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza, nonché per gli infortuni che avvengano durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

C) Rischio Carica

Se nella scheda di polizza risulta assicurato il Rischio Carica, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - esclusivamente gli infortuni, subiti dagli assicurati in qualità di Presidenti, Amministratori, Consiglieri, facenti parte del consiglio di amministrazione della Contraente, e i Revisori durante la partecipazione alle riunioni documentate dagli appositi verbali e registri, nonché nello svolgimento, per conto ed ordine del Consiglio di Amministrazione stesso, di ogni altra funzione inerente alla loro specifica carica dichiarata, compresi trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali registrati, relazioni o lettere di incarico, documenti tutti che il Contraente si obbliga ad esibire su richiesta della Società.

La garanzia vale altresì durante il tragitto da casa alla sede dove ha luogo la riunione del Consiglio di Amministrazione e viceversa, tragitto effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione, fermo restando quanto previsto dall'art. 4.3 lett. d). Per l'identificazione delle persone assicurate si fa riferimento al contenuto della Condizione Speciale sempre operante n. 3.

Art. 4.2

Parificazione ad infortunio (sempre operanti)

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) le lesioni da ingestione di cibi e/o bevande;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento o il congelamento;
- f) i colpi di sole o di calore;
- g) la folgorazione;
- h) gli infortuni subiti in conseguenza di stato di malore o di incoscienza;
- i) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- j) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto;
- k) le ernie traumatiche e da sforzo, con le limitazioni di cui all'art. 2.8;
- l) la rottura sottocutanea dei tendini purché l'Assicurato alla data del sinistro risulti garantito con polizza infortuni della Società da almeno 6 mesi senza soluzione di continuità.

Art. 4.3

Estensioni (sempre operanti)

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza;
- b) gli infortuni cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente salvo in caso di legittima difesa;
- c) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile.

Resta convenuto che la presente estensione è operante per i soli casi di morte ed invalidità permanente e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza e con il limite di € 250.000,00 per ogni persona assicurata.

2. SEZIONE INFORTUNI - PERSONE NON IDENTIFICATE

Relativamente a detta estensione - indipendentemente dai criteri di liquidazione operanti in polizza - l'indennizzo per invalidità permanente verrà determinato esclusivamente in base alle percentuali di valutazione previste dalla Tabella A dell'art. 2.4, o dalla Tabella INAIL dell'art. 2.5 delle Condizioni Generali (se resa operante) e liquidato con deduzione di una franchigia assoluta del 10%;

- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:
- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili di aeroclub;
 - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani, mezzi per il parapendio.
- La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso;
- e) gli infortuni, derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero;
- f) le spese documentate sostenute dall'Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, fino ad un importo massimo di € 5.000,00 per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia "Rimborso spese mediche", se operante.

Art. 4.4

Garanzie prestate

(operanti solo se espressamente indicate nella scheda di polizza)

A) Morte

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dello infortunio.

B) Invalidità permanente

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennità per invalidità permanente da infortunio viene corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per invalidità permanente totale e viene accertata secondo i criteri previsti dalla Tabella A (art. 2.4), o Tabella INAIL (art. 2.5) se resa operante.

Criteri di indennizzo

La liquidazione verrà determinata con le modalità che seguono:

- a) sulla parte di somma assicurata sino a € 250.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000,00 e sino a € 500.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%. Qualora, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:
- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
 - pari o superiore al 60% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

C) Inabilità temporanea - Criteri di indennizzo

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una inabilità temporanea.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio.

L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

La garanzia di inabilità temporanea è prestata nella forma "Piena" e la Società corrisponderà la somma assicurata come segue:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle sue abituali occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue abituali occupazioni.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata applicando una franchigia di dieci giorni. La franchigia è ridotta a cinque giorni quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero.

La franchigia non si applica quando l'infortunio comporti:

- a) un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura;
- b) un day hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) un periodo di inabilità temporanea di almeno quaranta giorni consecutivi comprovati da certificazione medica;
- d) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

D) Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza - Criteri di indennizzo

a) Indennità per solo ricovero - day hospital

la garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura o un day hospital. A guarigione clinica ultimata la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di day hospital, di almeno due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera in caso di ricovero.

Resta inteso che il giorno di entrata e quello di uscita dall'Istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora di accettazione in reparto e della dimissione ed inoltre, la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio.

In caso di infortunio occorso all'Assicurato fuori dei confini della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, che comporti un ricovero di urgenza in un Istituto di cura del luogo, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera per ricovero maggiorata del 50% per tutto il periodo di degenza all'estero.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà, oltre a quanto previsto al suddetto punto a), una indennità per convalescenza.

L'indennità per convalescenza viene automaticamente riconosciuta per un importo giornaliero e una durata pari a quella del ricovero o di day hospital purchè la degenza sia stata almeno di due giorni consecutivi - senza alcun obbligo di esibizione di certificazione medica - e comunque sino ad un periodo massimo di novanta giorni per infortunio.

E) Indennità per immobilizzazione - Criteri di indennizzo

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza un'immobilizzazione a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenimento inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenimento comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico. Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenimento amovibili - semprechè rigidi, esterni e comunque immobilizzanti - purchè prescritti:

- in assenza di ricovero o di day hospital, da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero;
- in caso di ricovero o di day hospital, nel corso della degenza dai sanitari dell'Istituto di cura.

2. SEZIONE INFORTUNI - PERSONE NON IDENTIFICATE

La liquidazione dell'indennità per immobilizzazione verrà riconosciuta per ogni giorno di immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un periodo massimo di sessanta giorni per infortunio.

F) **Rimborso spese mediche da infortunio - Criteri di indennizzo**

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza le spese per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite di medici generici e/o specialisti, nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 20% della somma assicurata;
- d) le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica, entro il limite del 50% della somma assicurata;
- e) le rette di degenza;
- f) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di trecentosessanta giorni, di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- g) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di cura o ambulatorio entro il limite del 20% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio che rimane a carico dell'Assicurato.

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporti:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un day hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'infortunio. Resta comunque inteso tra le Parti che è sempre escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre 12 mesi dalla data del sinistro.

Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 4.5

Infortunio derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti)

Ai fini della operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sports compresi

- a) **"Sports del tempo libero"**: intendendosi per tali quelli non effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica;
- b) **"Sports agonistici"**: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica. È tuttavia, ammessa, quando presente, una remunerazione - in premi o in denaro - purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente "una tantum".

Per la pratica degli "sports agonistici" la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità permanente e Indennità per solo ricovero.

2. SEZIONE INFORTUNI - PERSONE NON IDENTIFICATE

2) Sports esclusi

c) **“Sports ad alto rischio”**: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco; pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme; football americano, free-climbing, discesa di rapide, rafting, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, jumping (salto con l’elastico);

d) Altri sports sempre esclusi:

- tutti quelli effettuati in forma professionistica;
- motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura;
- paracadutismo e sports aerei in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani e mezzi per il parapendio.

Art. 4.6

Rischi esclusi dall’assicurazione

Sono esclusi dall’assicurazione:

- a) gli infortuni causati da delitti dolosi commessi o tentati dall’Assicurato;
- b) gli infortuni causati dalla guida qualsiasi veicolo o natante a motore, se l’Assicurato è privo delle abilitazioni prescritte dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) gli infortuni causati dalla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell’equipaggio;
- d) gli infortuni occorsi all’Assicurato in conseguenza di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
- e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
- f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all’art. 4.3 lettera e);
- g) gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra o presidiati da Forze Militari internazionali in missione per il mantenimento dell’ordine e/o della pace;
- h) gli infortuni causati da attività specifiche del servizio militare, durante l’arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- i) le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;
- j) le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- k) gli infortuni causati dalla pratica degli sports di cui all’art. 4.5 punto 2) lett. c) e d).

Art. 4.7

Determinazione del premio e dell’indennizzo per il rischio professionale

Il premio viene determinato in base alla classe di rischio nella quale rientra l’attività professionale dell’Assicurato dichiarata nella scheda di polizza.

In caso di sinistro, l’indennizzo verrà determinato come segue:

- in misura integrale se l’infortunio è conseguenza dell’attività professionale dichiarata in polizza, o se diversa, di altra attività professionale purché quest’ultima rientri nella medesima classe di rischio o di minor rischio cui appartiene quella dichiarata in polizza;
- in misura percentuale ridotta come da schema se l’infortunio è conseguenza di un’attività professionale che è diversa da quella dichiarata in polizza e che rientra in una classe di maggior rischio rispetto a quella dichiarata in polizza.

Attività professionale svolta al momento dell’infortunio	Attività professionale dichiarata		
	1ª classe	2ª classe	3ª classe
1ª classe	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
2ª classe	- 20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
3ª classe	- 50%	- 30%	Nessuna riduzione

2. SEZIONE INFORTUNI - PERSONE NON IDENTIFICATE

CONDIZIONI SPECIALI *(sempre operanti)*

- 1) **Altre assicurazioni**
A parziale deroga dell'art. 1.8 delle Condizioni Generali di Assicurazione, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione.
- 2) **Esonero denuncia infermità, difetti fisici e malformazioni**
Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o malformazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.
- 3) **Criterio di identificazione delle persone assicurate**
Sono assicurate con la presente polizza tutte le persone appartenenti alla categoria indicata nella scheda di polizza. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta della Società.

CONDIZIONI PARTICOLARI *(valide se espressamente richiamate nella scheda di polizza)*

- 1) **Tabella INAIL (Art. 2.5 delle Condizioni Generali)**
La Tabella A) di cui all'art. 2.4 - Determinazione dell'invalidità permanente - viene sostituita dalla Tabella INAIL di cui all'art. 2.5 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni.
- 2) **Assicurazioni dirigenti**
 - a) **Criteri per la valutazione e la liquidazione della garanzia invalidità permanente.**
A parziale deroga dell'art. 2.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la tabella delle percentuali di invalidità permanente si intende sostituita con quella allegata la D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124, e successive modifiche intervenute fino alla stipulazione della polizza, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio. Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica del dirigente superiore ai 2/3 della totale, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.
 - b) **Estensione della garanzia alla pratica di sports**
A parziale deroga degli art. 4.6 lettera k e art. 4.5 punto 2 lett. c) e d), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sports aerei in genere.
 - c) **Ubbriachezza**
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubbriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.
 - d) **Estensione alle malattie professionali**
L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124, e successive modifiche intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestano nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro complessivo sia tale da determinare l'abbandono al lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.
Resta confermato quanto stabilito dall'art. 4.6 lettera i) e l'esclusione delle conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche.

e) Franchigia garanzia invalidità permanente

A deroga dell'art. 4.4 lettera B) "Criteri di indennizzo", la liquidazione della garanzia invalidità permanente verrà determinata come segue:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 400.000,00 senza applicazione di nessuna franchigia;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e sino a € 600.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione di una franchigia del 5%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione di una franchigia del 10%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%.

Quando in conseguenza di infortunio risarcibile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie.

3) Regolazione del premio

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi variabili desumibili dalla scheda di polizza, dallo stesso denunciati, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo, negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio iniziale, che costituisce, in ogni caso, il premio minimo che rimane comunque acquisito dalla Società.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati necessari alla regolazione, affinché la Società possa procedere al relativo conteggio del premio definitivo.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o, il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Per il corretto computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri obbligatori o di amministrazione che il Contraente, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli, è tenuto a fornire insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.



z&bcjclitro

mod. PIA02 Ediz. 02/2009

Navale

ASSICURAZIONI DAL 1914



NAVALE ASSICURAZIONI SPA, 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. 02 5821111 - Fax 02 58211710 - 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

