

Infortuni della Famiglia



Contratto di Assicurazione
del tempo libero
di tutto il nucleo familiare

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- Nota Informativa, comprensiva di Glossario
- Condizioni di Assicurazione

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

FAM. 10

Gruppo Aviva



Infortuni della Famiglia

Condizioni di Assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 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, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 6 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni.

Art. 8 Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo la denuncia di ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennità, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata.

Nel caso di recesso la Società dovrà rimborsare al Contraente il rateo di premio non goduto.

Art. 9 Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 10 Oneri fiscali

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

Art. 11 Foro competente

Valgono le norme di legge.

Art. 12 Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscano nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni che occorrono al Contraente/Assicurato o ai suoi familiari durante lo svolgimento di attività lavorative aventi scopo di lucro, siano esse svolte in proprio o alle dipendenze di terzi.

Si intendono "Assicurati" le persone che al momento dell'infortunio sono incluse nello stato di famiglia rilasciato dal Comune di Residenza.

Sono compresi anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altro sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche) determinate da sforzi;
- gli infortuni sofferti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso;
- gli infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

La garanzia è prestata in base alla somma assicurata che si intende riferita al Contraente per il 50% ed ai suoi familiari, in parti uguali, per il restante 50%. Per i minori di 15 anni compiuti è convenuto che in caso di morte verrà liquidata una somma non superiore a € 10.400,00; in caso di invalidità permanente, la somma assicurata sarà aumentata dell'importo eventualmente non indennizzabile per il caso di morte.

Art. 14 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. **dalla guida o uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei**, salvo quanto previsto dall'art. 15 - Rischio Volo, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni;
- b. **dalla guida di veicoli o natanti a motore**, salvo che si tratti di:
 - ciclomotori e motoveicoli;
 - autovetture ad uso privato e campers;
 - autocarri di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 q.li;
 - natanti ad uso privato o da diporto;a condizione che l'assicurato sia abilitato alla guida del veicolo o del natante a norma delle disposizioni in vigore;
- c. **dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiacciai oltre il terzo grado della scala Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere**;
- d. **da corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche**, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e. **da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore**, salvo che si tratti di regolarità pura;
- f. **dall'abuso di alcolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni**;
- g. **da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non rese necessarie da infortunio**;
- h. **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato**;
- i. **da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche**;
- j. **da guerra o insurrezione**;
- k. **da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti**.

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

Art. 15 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati **in qualità di passeggero di aeromobili**, compresi elicotteri, in servizio pubblico di linee aeree regolari. **Resta convenuto che la somma delle garanzie di cui alla presente assicurazione e di eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i seguenti importi: € 1.050.000,00 per i casi di morte e di invalidità permanente per persona; € 2.600.000,00 per i casi di morte e di invalidità permanente complessivamente per aeromobile.** Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 16 Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 75esimo anno di età dell'assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'assicurato di richiederne la restituzione in qualunque momento.

Art. 17 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e sindromi ad essa correlate, di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 18 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione di luogo, giorno, ora e dettagliata descrizione dell'evento, corredata di certificato medico, **deve essere presentata per iscritto alla sede della Società o all'Intermediario al quale è assegnata la polizza, entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.**

L'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 20 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, siano esse state dichiarate o meno, come se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, e senza pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Le indennità vengono liquidate secondo le modalità di cui ai successivi artt. 21 - Morte e Morte presunta, 22 - Invalidità permanente e 23 - Indennità per il caso di ricovero ospedaliero.

Art. 21 Morte e Morte presunta

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro DUE ANNI dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati in polizza la somma assicurata per il caso di morte, salvo quanto previsto al successivo Art. 28 "Cumulo di indennità - Diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte".

In difetto di designazione, la Società liquida detta somma, in parti uguali, agli eredi.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari o agli eredi il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 22 Invalità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla Tabella di cui all'allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 senza tener conto delle successive modifiche intervenute.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali indicate nella tabella sopra citata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. **Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.**

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

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

Art. 23 Indennità per il caso di ricovero ospedaliero

Nel caso che a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, si renda necessario il ricovero dell'Assicurato in Ospedale o Clinica per un periodo di tempo superiore a 24 ore, sarà corrisposta per ogni giorno di ricovero una diaria forfettaria a titolo di indennità di ricovero il cui importo è pattuito in polizza.

Sono esclusi il giorno di entrata in Ospedale o Clinica ed il giorno di dimissione.

L'indennità di ricovero viene corrisposta per un massimo di 365 giorni a partire dal primo giorno di ricovero. Non sono garantiti ricoveri e/o soggiorni in sanatori ed altri luoghi per finalità diverse da quelle delle necessarie cure mediche.

Il pagamento delle indennità verrà effettuato a guarigione avvenuta dietro presentazione di certificato dell'Ospedale o della Clinica che attesti le date di ricovero e di dimissione, e la copia della cartella clinica.

Art. 24 Cumulo di indennità - Diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ed entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dalle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni". A tal fine, andrà fornita alla Società la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

Quanto sopra è applicabile anche nel caso in cui l'Assicurato deceda a causa dell'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, qualora la garanzia Morte non fosse prestata.

Al fine di individuare con certezza gli eredi, gli stessi dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;

- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minore o al soggetto incapace;

- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria, per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Art. 25 Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio, nonché sui criteri di indennizzabilità di cui all'art. 20 - Criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo. **Per la soluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

Art. 26 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa spettante, nei confronti di eventuali terzi responsabili dell'infortunio, a norma dell'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 27 Adeguamento automatico

Le somme assicurate ed il premio, se espressamente convenuto in polizza, sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già «costo della vita») elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti e le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Prima del termine di ogni periodo assicurativo annuo il Contraente può rinunciare all'adeguamento automatico della polizza con preavviso di 15 giorni, a mezzo di lettera raccomandata.

Se il Contraente si avvale di detta facoltà le somme assicurate ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

AREA CLIENTI MyAviva



Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.

Attiva subito il tuo account su www.aviva.it
e **accedi alla tua area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative
in essere



Lo stato dei pagamenti
e le relative scadenze



Le condizioni contrattuali
e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

Aviva Italia S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it



Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A, Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005