

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI

Diaria da Ricovero

Le informazioni contenute nel presente documento sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte dell'Assicurato, delle garanzie offerte da Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop., ed è redatto secondo le indicazioni previste dall'Art. 30 comma 8 del Reg. ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010.

I. TERMINOLOGIA

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione o contratto: il contratto di assicurazione;
Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Indennizzo: la somma che Società Cattolica di Assicurazione, è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

- Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012;
- Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia; Telefono: 045.8391111; Sito Internet: www.cattolica.it, e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

C. Reclami

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Servizio Reclami di Gruppo

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS 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/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto. Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

NOTA BENE: Si richiama l'attenzione dell'Assicurato/Aderente sulla necessità di leggere attentamente i contenuti del presente documento prima di procedere alla sottoscrizione della copertura assicurativa.
Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alla Compagnia.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

ASSICURAZIONE O CONTRATTO: Il contratto di assicurazione.

ASSICURATO:

La persona fisica residente e/o domiciliata in Italia, il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione, intestataria di rapporti Bancari con la Banca Contraente.

CONTRAENTE

BANCA DI CREDITO POPOLARE SCO. COOP. PER AZIONI, con Sede Legale in Corso Vittorio Emanuele – “Palazzo Vallelonga” - 80059 Torre del Greco (NA), che stipula il contratto per conto degli Assicurati clienti della Banca;

FRANCHIGIA: La parte del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO: La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

ISTITUTO DI CURA:

Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno.

MODULO DI ADESIONE:

Il Modulo proposto all'Assicurato dalla Banca Contraente, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

POLIZZA: Il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO: La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO/DEGENZA: La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia ossia il ricovero dell'assicurato in un centro ospedaliero resosi necessario successivamente alla conclusione del contratto in conseguenza di infortunio.

SOCIETA'

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa - Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DEL CONTRATTO

Con il presente contratto la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato in relazione alle garanzie indicate nel Modulo di Adesione.

Il presente contratto viene stipulato dalla Banca Contraente per conto dei propri clienti, intendendosi per tali le persone fisiche, residenti in Italia, titolari di conto corrente presso la Banca Contraente, che hanno sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente assicurazione.

Art. 2 – DURATA, EFFETTO E PROROGA DEL CONTRATTO

Il contratto è stipulato per la durata di anni 1 (uno), decorrente dalla data della sottoscrizione dello stesso ed ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio.

La disdetta del contratto deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 3 mesi prima della data di scadenza.

In mancanza di disdetta il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 3 – DISDETTA DEL CONTRATTO

In caso di disdetta, la garanzia prestata resterà comunque in vigore per le operazioni precedentemente assicurate, fino alla loro naturale scadenza.

Art. 4 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 del Codice Civile.

Art. 5 – ONERI FISCALI E OBBLIGHI DELLE PARTI

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

Il Contraente si obbliga a consegnare ad ogni Assicurato, all'atto dell'Adesione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni di legge in materia.

Art. 6 –PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

...omissis....

Art. 7 – COSTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato che ha aderito al servizio assicurativo, il costo annuale della garanzia è pari a:

OPZIONE BASE	Diaria giornaliera € 35	€ 19,00
OPZIONE PLUS	Diaria giornaliera € 70	€ 30,00

Art. 8 – DECORRENZA E PROROGA DELLA GARANZIA

L'operatività della garanzia decorre per ciascun Assicurato dalle ore 24.00 del giorno indicato sul Modulo di Adesione, per la durata di anni 1.

In mancanza di disdetta, da comunicarsi mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, la copertura assicurativa è rinnovata tacitamente di anno in anno. La Società considera comunque valida anche la disdetta che perverrà tramite le filiali della Banca Contraente, purchè sia stata presentata dall'Assicurato nei termini sopraindicati.

Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio assicurato con il presente contratto. L'omissione dolosa di tale comunicazione alla Società determina la perdita del diritto all'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi degli artt.1910 e 1913 cod. civ..

Art. 10 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 11 – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità giudiziaria del luogo in cui il contraente o l'assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio, o ha la sede legale o amministrativa.

Art. 12 – RINVIO ALLA NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto si rinvia alle norme di legge.

Art. 13 – COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto, tranne il caso di denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax, telegramma o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

- ❖ **se a Cattolica Assicurazioni Soc. Coop:** Lungadige Cangrande, 16 – 37100 Verona, Fax 045 8391920;
- ❖ **se alla Banca Contraente:** BANCA DI CREDITO POPOLARE SOC. COOP. PER AZIONI, con Sede Legale in Corso Vittorio Emanuele – “Palazzo Vallelonga” - 80059 Torre del Greco (NA)

Art. 13bis – RECLAMI

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS 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/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

ART. 14 - DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO E DIARIA ACCOMPAGNATORE

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in Istituto di Cura un'indennità giornaliera, convenuta ed indicata nel modulo di adesione, per ciascun giorno di degenza.

La durata massima è di 90 giorni per evento e di 120 giorni per anno assicurativo.

Per assicurati di età superiore ai 60 anni la durata massima in caso di ricovero è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

L'indennizzo viene corrisposto a partire dal 5° giorno successivo a quello in cui si è reso necessario il ricovero. In caso di degenza dell'Assicurato per "ricovero importante", la Società provvede al pagamento delle spese di pernottamento di un accompagnatore per un periodo non superiore ai quindici giorni per ciascun sinistro e 50 giorni per anno assicurativo e per un importo massimo giornaliero corrispondente all'indennità giornaliera convenuta con l'Assicurato e indicata nel Modulo di Adesione.

Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

- Artro-protesi delle grandi articolazioni.

ART. 15 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

ART. 16 - RISCHI COMPRESI

Sono inoltre compresi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g) infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato (in deroga all'art. 1900 del Codice Civile);
- h) infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all' art. 1912 del Codice Civile.);
- i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

ART. 17 - RISCHI SPORTIVI (ESCLUSO VOLO)

La garanzia vale altresì durante:

- a) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- b) la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- a) la pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- b) la pratica dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate (rafting);
- c) la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, a eccezione degli infortuni derivanti dagli sport previsti al punto b) del presente articolo;
- d) la guida e la pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

ART. 18 - RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

ART. 19 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 20 - RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non comprende i ricoveri causati da:

- a) guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro 45 giorni dalla data del sinistro;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare di leva in tempo di pace;
- f) lo stato di ebbrezza, l'abuso di psicofarmaci, l'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- g) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, l'epilessia e le sindromi epilettoidi, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi;
- h) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- i) le trasformazioni o gli assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (a esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- j) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

ART. 21 - LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 80 anni.

ART. 22 - AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

- 1) L'Assicurato deve dare immediata comunicazione alla Società di ogni aggravamento del rischio tale per cui, se il diverso stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato per un premio più elevato. 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, nei casi e con le modalità previste dall'articolo 1898 del Codice Civile.
- 2) L'assicurato è tenuto a comunicare alla Società le eventuali diminuzioni del rischio. In tale evenienza la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla suddetta comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile se la diminuzione del rischio avesse determinato la fissazione di un minor premio al momento della conclusione del contratto. La Società rinuncia in tal caso al relativo recesso.

ART. 23 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, immunodeficienza acquisita (HIV).

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni sopra indicate costituisce, per la persona assicurata, causa di annullazione della copertura assicurativa. La cessazione dell'assicurazione ha effetto dalla prima scadenza annua.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 24 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Entro 5 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari, devono darne comunicazione per iscritto a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D
37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.206692
Fax 800.33.44.31

ART. 25 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'assicurato, o in caso di morte, i familiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione della seguente documentazione:

– il documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Il pagamento avviene a ricovero ultimato.

ART. 26 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

ART. 27 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora insorgano eventuali controversie di natura medica sul diritto all'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi.

I medici del collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici della città sede di istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato, luogo dove si riunirà il collegio stesso. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne ravvede l'opportunità, l'accertamento definitivo a un momento successivo da definire 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.

ART. 28 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.