

Oggetto: Integrazione Proposta soluzioni assicurative vostri iscritti Decreto 22 settembre 2016

Mittente: "simonadamicosas\@pec\.it" <simonadamicosas@pec.it>

Data: 27/09/2017 12:48

A: "ORDINE AVVOCATI SIRACUSA" <ord.siracusa@cert.legalmail.it>

Ad integrazione della Convezione sottoscritta con la scrivente Simona D'Amico s.a.s. in data 26 maggio 2016, avente oggetto "Offerta assicurativa riservata agli iscritti all'Ordine degli Avvocati di Siracusa e Provincia", desideriamo informarVi che abbiamo provveduto ad aggiornare la suddetta offerta con le disposizioni inserite nel decreto del Ministero della Giustizia del 22 settembre 2016 che indicano le *condizioni essenziali e i massimali minimi delle polizze assicurative a copertura della responsabilità civile e degli infortuni derivanti dall'esercizio della professione di avvocato*.

A tal proposito, cogliamo l'occasione per indicarVi di seguito le tariffe base applicate dalla nostra Agenzia per ciascuna fascia di reddito relativo alla copertura per la Responsabilità Civile professionale, alleghiamo altresì copie questionari per garanzia infortuni e relativi fascicoli informativi.

Precisiamo che siamo a disposizione per soluzioni Tailor Made.

Cordiali saluti.

28 SET. 2017

Vedi allegati

PERVENUTO IL
PROT. N. 4616/17

Simona D'Amico/

AXA Assicurazioni e Investimenti

Agente Generale

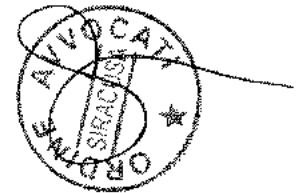
Agenzia Siracusa Neapolis

Via San Sebastiano 43/B - 96100 SIRACUSA

e-mail : ag8480@axa-agenzie.it

mail pec: simonadamicosas@pec.it

tel. +39 0931.417592 fax 0931.1846379



Pensa all'ambiente prima di stampare questo messaggio

— Allegati: —

Lettera Avvocati SR.pdf	122 kB
questionario Lloyd's RC Prof..pdf	75,9 kB
RC fascicolo_informativo Lloyd's.pdf	318 kB
questionario_infortuni hdi.pdf	172 kB
fascicolo_lloyds.pdf	376 kB
fascicolo_hdi.pdf	184 kB



ridefiniamo / gli standard



Underwriting
Insurance Agency

Simona D'Amico Sas

Spett.le

Consiglio dell'Ordine degli

Avvocati Provincia di Siracusa

Siracusa, 26/09/2017

Oggetto: Integrazione Proposta soluzioni assicurative vostri iscritti Decreto 22 settembre 2016

Ad integrazione della Convezione sottoscritta con la scrivente Simona D'Amico s.a.s. in data 26 maggio 2016, avente oggetto "Offerta assicurativa riservata agli iscritti all'Ordine degli Avvocati di Siracusa e Provincia", desideriamo informarVi che abbiamo provveduto ad aggiornare la suddetta offerta con le disposizioni inserite nel decreto del Ministero della Giustizia del 22 settembre 2016 che indicano le *condizioni essenziali e i massimali minimi delle polizze assicurative a copertura della responsabilità civile e degli infortuni derivanti dall'esercizio della professione di avvocato.*

A tal proposito, cogliamo l'occasione per indicarVi di seguito le tariffe base applicate dalla nostra Agenzia per ciascuna fascia di reddito relativo alla copertura per la Responsabilità Civile professionale, alleghiamo altresì copie questionari per garanzia infortuni e relativi fascicoli informativi.

Precisiamo che siamo a disposizione per soluzioni Tailor Made.

A	Attività svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso non superiore a euro 30.000,00	Euro 350.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	€ 202,13
B	Attività svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso superiore a 30.000 e non superiore a euro 70.000,00	Euro 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	€ 445,50
C	Attività svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso superiore a euro 70.000,00	Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	€ 569,25

Cordiali saluti.

SIMONA D'AMICO S.A.S. - AGENZIA GENERALE - RUI A000138365 - P.I. 01473530895

Via San Sebastiano 43 - 96100 Siracusa - Tel.: 0931417592/09311965906 - Fax: 09311846379 - E-mail: simonadamicosas@pec.it

Questionario Assuntivo Polizza Infortuni Avvocati HDI

DATI CONTRAENTE ASSICURATO

Nome e Cognome (singolo contraente) _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

C.F. (non accettiamo Partita Iva) _____

E-mail _____ Telefono _____

Data di decorrenza richiesta: _____

NB: IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO OGNI SOGGETTO PER IL QUALE E' RICHIESTA COPERTURA DOVRA' PROVVEDERE PERSONALMENTE ALLA STIPULA DELLA POLIZZA

Morte	Invaldit� permanente	Rimborso spese mediche	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	Euro 100.000,00	Euro 2.000,00	Euro 80,00

Invaldit  permanente: tabella INAIL franchigia 7% assorbibile al 10%

Rimborso spese mediche franchigia € 75,00 per evento Annuo

Diaria giornaliera da Inabilit  temporanea: € 50,00

INABILITA' TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilit  dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Societ  liquida la diaria assicurata:

- 1) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si   trovato nella totale incapacit  fisica di attendere alle sue occupazioni
- 2) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennit  per inabilit  temporanea, che   corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successive a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successive a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 7 delle Condizioni Generali e dall'Art. 3 Sezione A, la liquidazione dell'indennit  viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Societ  possa stabilire una data anteriore.

Detta indennit  viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

U.I.A. srl si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non   vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addiventano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi ed eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attivit ,   diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attivit  di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potr  da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento"   U.I.A. srl con l'ausilio anche di Societ  ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA   da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data e Luogo

l'Assicurato o il Contraente

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'Ivass.

Data e Luogo

l'Assicurato o il Contraente

MODULO DI PROPOSTA RC PROFESSIONALE AVVOCATI

- 1.
- Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) e Sezione _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto in caso di singolo professionista 350.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € Massimale richiesto in caso di studio: 1.000.000,00 € per sinistro e 2.000.000 € per anno
2.000.000,00 € per sinistro e 4.000.000 € per anno
5.000.000,00 € per sinistro e 10.000.000 € per anno

4. Rinnovo Automatico Sì No
5. Continuous Cover Sì No
6. Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento (postuma): 10 anni
7. Periodo di retroattività richiesta: Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

8. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Sì No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

9. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Sì No

Se sì, fornire dettagli

10. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Sì No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

11. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Sì No

Se sì, fornire dettagli

12. A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Sì No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Sì No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Sì No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Sì No

Se sì, fornire dettagli _____

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. - art. 2482 ter c.c. ?
 Sì No

Se si indicare il vecchio capitale _____ e il nuovo capitale _____

SPILT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata :

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA:		
<input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale		
<input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie	€	€
<input type="checkbox"/> Attività di libera docenza		
<input type="checkbox"/> Curatore, Commissario		
<input type="checkbox"/> Mediatori/Conciliazione		
Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco		
<input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti	€	€
(ALLEGARE NOMINATIVI E SETTORI MERCEOLOGICI DELLE SOCIETÀ)		
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore Membro del C.D.A. (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	€	€
<input type="checkbox"/> Delegato alle vendite	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini		
Numero di Condomini amministrati	€	€
Numero di Super Condomini amministrati		
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Altro specificare su foglio separato:	€	€
TOTALE	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)? Sì No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
------	------------------------------	----------------

IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le

persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

ALLEGATO N°1- NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ____/____/____, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**
- d) Modulo di proposta**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E LA NOTA INFORMATIVA.

VERSIONE 01_09_2017 LSW1694-12

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono certi membri del Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quella degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro del Lloyd's.

c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86

d. Lloyd's ha recapito telefonico al n. +39026378881, e-mail all'indirizzo servizioclienti@lloyds.com ed ha editato il sito Internet www.lloyds.com.

e. I membri del Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (iscrizione al n°L.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 65 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 32.934 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 24.262 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.274 milioni e da riserve centrali di EUR 2.398 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni.

L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2015 era il 16660%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 4.532 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 27 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 92 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2015:

http://www.lloyds.com/AnnualReport2015/assets/pdf/Lloyds_Annual_Report_2015.pdf

** Tasso di cambio al 31.12.2015: EUR 1,00 = GBP 0,73529 (fonte: Banca d'Italia).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-rischi-ai-lloyds>

[Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010].

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: Il contratto offerto è stipulato con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta spedita dal Contraente alla Società mediante lettera raccomandata inviata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 9 – Proroga dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

La Società garantisce nel corso della durata contrattuale il caso di:

- a) Morte da Infortunio
- b) Invalidità Permanente da Infortunio
- c) Inabilità Temporanea da Infortunio
- d) Ricovero e/o convalescenza conseguente ad Infortunio
- e) Spese di Cura da Infortunio
- f) Invalidità Permanente da Malattia nella forma "Generica" o "Specifica"

a) MORTE DA INFORTUNIO

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 la somma assicurata per il caso di morte. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti:

Art.13 - Oggetto dell'assicurazione e Art.21 - Morte e morte presunta, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER MORTE DA INFORTUNIO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti di indennizzo.

MORTE	CAUSA	INDENNIZZO
Capitale assicurato Euro 150.000,00	INCIDENTE STRADALE	Euro 150.000,00
	UBRIACHEZZA ALLA GUIDA DI AUTO	NESSUN INDENNIZZO
	COLPO DI SONNO	Euro 150.000,00
	CADUTA DAL TETTO DI CASA	Euro 150.000,00

b) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà la percentuale di invalidità stabilita in base ai criteri di valutazione previsti dalla polizza ed al capitale assicurato. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.13 – Oggetto dell'Assicurazione, Art.22 – Invalidità Permanente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.13/17 - Criterio di calcolo dell'indennizzo per Invalidità Permanente, Art. 23 - Franchigia relativa per invalidità Permanente delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie e massimali.

GARANZIA	GRADO DI INVALIDITÀ ACCERTATO	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
IP da infortunio somma assicurata Euro 300.000	10%	0 - 155.000 nessuna franchigia 155.000 - 300.000 applicabile 5% (art.23)	Euro 15.500 (1.550 Euro a punto per 10 punti) Euro 7.250 (1.450 Euro a punto per 10 punti meno 5 punti di franchigia)
	3%	0 - 155.000 = franchigia 3% (cond. part. J)	Nulla (1.550 Euro a punto per 3 punti meno 3 punti di franchigia)
IP da infortunio Somma assicurata Euro 300.000	5%	<ul style="list-style-type: none"> • Prima fascia Euro 200.000 con franchigia da criterio di calcolo (art.13,17) • Seconda fascia Euro 100.000 con franchigia da criterio di calcolo (art.13,17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Euro 5.000,00 (2.000 Euro a punto per 2,5 punti) • nessun indennizzo (1.000 Euro a punto per zero punti)
	5%		

c) INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà l'indennità stabilita in base al periodo durante il quale l'assicurato si è trovato nell'incapacità fisica totale di svolgere qualsiasi lavoro proficuo. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.24 – Inabilità temporanea, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie e massimali.

GARANZIA	GIORNI DI INABILITÀ CERTIFICATI	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
Inabilità giornaliera di 50 Euro	5 (da infortunio)	5 gg meno franchigia di 4 gg = 1 gg	50 Euro (inabilità totale)
Inabilità giornaliera di 100 Euro	20 (da infortunio)	20 gg meno franchigia di 11 gg = 9 gg di cui: 5 gg di inabilità totale 4 gg di inabilità parziale	500 Euro a totale (5 gg per 100 Euro) 200 Euro a parziale (4 gg per 50 Euro)
	30 (da malattia)	Nessuna franchigia	Malattia esclusa Nessun indennizzo

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie diverse per diversi livelli di indennità; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti:

Art. 25 - Franchigia assoluta per Inabilità Temporanea Totale, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

d) DIARIA OSPEDALIERA DI RICOVERO DA INGESSATURA CONSEGUENTE AD INFORTUNIO

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà l'indennità stabilita in base al periodo durante il quale l'assicurato si è trovato ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata regolarmente riconosciuta. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.26 – Indennità giornaliera da ricovero o da ingessatura conseguente ad infortunio, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie.

GARANZIA	GIORNI DI RICOVERO CERTIFICATI	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
ricovero in ospedale pubblico indennità di 100 Euro/giorno	2gg	nessuna	2 gg. per 100 = 200 Euro
	20gg	nessuna	20 gg. per 100 = 2.000 Euro
ricovero in ospedale pubblico e gesso indennità di 100 Euro/giorno	2gg 40 gg gesso	nessuna 40 gg. meno 1 gg. di franchigia = 39 gg.	2gg per 100 = 200 Euro 39 gg per 100 euro = 3.900 Euro (il primo giorno e l'ultimo contano un giorno solo)

e) SPESE DI CURA CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, rimborserà le spese rese necessarie in seguito ad infortunio nei limiti stabiliti in polizza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.27 – Spese di Cura, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie.

GARANZIA SPESE DI CURA	AMMONTARE SPESE SOSTENUTE	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
spese in seguito ad incidente stradale con massimale di 10.000 Euro	6.000 Euro	onorari dei medici e chirurghi = 2.000 Euro (nessuna franchigia)	rimborsato di 2.000 Euro
		trasporto in ospedale e spese farmaceutiche per 4.000 Euro (le spese di trasporto e le farmaceutiche sono rimborsate per un max del 30% della somma assicurata)	3.000 Euro (10.000 Euro per 30%)

GARANZIA SPESE DI CURA	AMMONTARE SPESE SOSTENUTE	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
spese in seguito ad infortunio sugli sci con massimale di 3.000 Euro	5.000 Euro	onorari di medici e chirurghi (nessuna franchigia) rette di degenza e spese ospedaliere (nessuna franchigia)	3.000 Euro (per il rimborso vale il massimale di polizza)

f) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà la percentuale di invalidità stabilita in base ai criteri di valutazione previsti dalla polizza ed al capitale assicurato.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia alle seguenti: Clausole "S" - "T" - delle Norme che regolano l'Assicurazione dell'Invalidità Permanente da Malattia.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia alle Condizioni Comuni ed alle clausole che regolano l'Invalidità Permanente da Malattia nelle forme "Generica" e "Specifica".

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie e massimali.

GARANZIA	GRADO DI INVALIDITÀ ACCERTATO	CALCOLO DELLA FRANCHIGIA	INDENNIZZO
IP da Malattia generica somma assicurata 300.000 Euro	30%	30% = 10% (vedi tabella di valutazione della "generica")	30.000 Euro (10% di 300.000 Euro)
	60%	60% = 80% (vedi tabella di valutazione della "generica")	240.000 Euro (80% di 300.000 Euro)
	50%	L'accadimento si manifesta nei primi 30 gg dalla stipula (carenza)	Nulla
IP da malattia specifica somma assicurata 300.000 Euro	66%	66% = 100%	300.000 Euro l'intero massimale

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggiori dettagli ai seguenti: Artt. 13-14-17-18 - delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, e alle Condizioni Particolari "S" e "T" relative alla Copertura Assicurativa Invalidità Permanente da Malattia.

AVVERTENZA: L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 80esimo anno di età dell'Assicurato per le coperture Infortuni. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 16 - Limite di età, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 65esimo anno di età dell'Assicurato.

Per maggiori dettagli si rinvia alle Condizioni Assicurative Comuni di Assicurazione relative alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, contenute all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

4 Periodi di carenza contrattuali

A parziale deroga dell'Art.3 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale, cui si rimanda per maggiori dettagli, l'assicurazione per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia ha effetto dalle ore 24:00 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza. (vedi -Termini di aspettativa - delle Condizioni Assicurative Comuni relative alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia)

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti o conseguenze sulla prestazione; per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

AVVERTENZA: Il questionario sanitario deve essere compilato per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia in maniera completa, precisa e veritiera.

AVVERTENZA: E' previsto l'annullamento del contratto quando il Contraente, agendo con dolo o colpa grave, fornisce dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, con riferimento alle coperture Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione. Gli aggravamenti di rischio non nati 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 Codice Civile. Si rinvia all'Art.5 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale e all'Art.13 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni per aspetti di maggior dettaglio.

A titolo esemplificativo, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, e la diversa attività aggrava il rischio per la Società, l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta; qui di seguito viene riportato, in forma tabellare, un'ipotesi di circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio:

PROFESSIONE DICHIARATA	PROFESSIONE ESERCITATA AL MOMENTO DEL SINISTRO	INDENNIZZO PER PROFESSIONE IMPIEGATO	INDENNIZZO PER PROFESSIONE OPERAIO
Impiegato	Operaio	100	70
Operaio	Impiegato	100	100

7. Premi

La polizza infortuni può avere durata annuale o poliennale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è stata assegnata la polizza oppure alla Società;

I mezzi di pagamento consentiti sono:

- assegno bancario/circolare/postale munito della clausola di "non trasferibilità";
- bonifico bancario;
- denaro contante, con il limite massimo previsto dalle normative vigenti;
- carta di credito;
- carta di debito.

È ammesso il frazionamento del premio in rate semestrali e l'aumento previsto per il frazionamento semestrale è del 3%.

AVVERTENZA: La Società o l'Intermediario potrà applicare sconti di premio in presenza delle seguenti condizioni:

- oltre 5 persone assicurate, sconto 5%;
- oltre 10 persone assicurate, sconto 10%;
- oltre 20 persone assicurate, sconto 20%.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio relativi alle coperture assicurative per Infortuni e Malattia, se convenuto in polizza, sono soggette ad adeguamento in proporzione alla variazione percentuale 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).

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 30 - Adeguamento Automatico, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art.2952 Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

11. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

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

Detraibilità fiscale dei premi

I premi pagati per le Garanzie Morte ed Invalidità Permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

12. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Sia per il Contraente che per la Società è prevista la possibilità di recedere dal contratto secondo le modalità descritte dall'Art. 8 - Recesso in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

In caso di contratto di durata poliennale, a fronte della quale il Contraente ha ottenuto dalla Società di assicurazioni una riduzione di premio, se la durata contrattuale supera i 5 anni l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni mediante lettera raccomandata, senza oneri, e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI E SUL RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società o all'Intermediario al quale è assegnata la polizza, entro nove giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'Assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 19 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi e Art. 20 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni e alle Condizioni Assicurative Comuni alle forme "Generica" e "Specificata", con riferimento all'Invalidità Permanente da Malattia.

13. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato all'intermediario del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano del Lloyd's
 All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
 Corso Garibaldi, 68
 20121 Milano
 Fax n. 02 63788850
 E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

15. Arbitrato

Per le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente da infortunio o da malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui 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. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti:

Art.29 - Controversie-Arbitrato Irituale, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previa sperimento dei sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale.

Gli assuntori di rischi assicurativi del Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
 Vittorio Scala

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
PERSONAL ACCIDENT – INFORTUNI

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 C.C.

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 C.C.

Art. 3 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - 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 i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza oppure al Corrispondente del Lloyd's che gestisce il contratto.

Se il premio non è pagato all'ufficio del Rappresentante Generale per l'Italia del Lloyd's in Milano, oppure al Corrispondente del Lloyd's che gestisce il contratto entro 15 giorni dalla data in cui è dovuto, gli Assicuratori hanno diritto di annullare il contratto dalla data di inizio.

Art. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche 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. 1896 C.C.

Art. 6 DIMINUIZIONE 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 C.C.) 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 60 giorni.

Art. 8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo la denuncia di ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata.

In caso di recesso esercitato da una delle Parti, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge ed il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

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.

Art. 13 ELEZIONE DI DOMICILIO

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli ASSICURATORI eleggono domicilio presso:

Vittorio Scala
Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia
Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano
T: +39 02 6378881 - F: +39 02 63788850

Art. 14 CLAUSOLA BROKER (OPERANTE ESCLUSIVAMENTE SE L'INTERMEDIARIO OPERI IN SEZIONE B DEL RUI)

Con la sottoscrizione della presente POLIZZA l'ASSICURATO/CONTRAENTE conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA di rappresentarlo ai fini della presente POLIZZA.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata al CONTRAENTE/ASSICURATO;

b) ogni comunicazione effettuata dal broker del CONTRAENTE/ASSICURATO a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dal CONTRAENTE/ASSICURATO stesso.

Gli ASSICURATORI conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente POLIZZA.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli ASSICURATORI;

b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli ASSICURATORI.

Art.15 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE SULLE SANZIONI

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura o nessun (ri)assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe il (ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

Art.16 RECLAMI

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano del Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 68
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisca.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorso 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salva il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale in tutto il mondo per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

- a) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni affinenti al governo della casa, compresi gli hobbies ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;
- c) di attività professionali diverse da quelle dichiarate.

A tale proposito, fermo il disposto degli artt. 1, 5, 6, 14, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO					
Attività svolta al momento del sinistro	Attività dichiarata				
	Class	A	B	C	D
	A	100	100	100	100
B	85	100	100	100	
C	70	85	100	100	
D	55	70	85	100	

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla (tabella delle attività) ove sono indicati anche i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Valgono inoltre le seguenti estensioni:

13.1 MALORE - La garanzia è estesa agli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza non dovuto a condizione patologica.

13.2 COLPI DI SOLE E PUNTURE DI INSETTI - ASSIDERAMENTO - CONGELAMENTO - La garanzia è estesa alle conseguenze di colpi di sole e di calore nonché di punture di insetti (esclusa la malaria), morsi di animali e rettili, assideramento e congelamento.

13.3 NEGLIGENZA GRAVE - La garanzia è estesa agli infortuni sofferti per imprudenza, imperizia e/o negligenza grave dell'Assicurato, ingestione accidentale e/o assorbimento di sostanze nocive nonché annegamento accidentale.

13.4 TUMULTI POPOLARI - La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria.

13.5 FORZE DELLA NATURA E CONTATTO CON CORROSIVI - La garanzia è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi, nonché l'asfissia involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori.

13.6 RAPINA - TENTATA RAPINA - SCIPPO - La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona e scippo. Nei casi di morte e di invalidità permanente di grado superiore al 70% conseguenti ad un reato di rapina tentata o consumata nei confronti dell'Assicurato, la Società aumenterà automaticamente il capitale assicurato del 50% con il limite massimo di € 500.000,00 in aumento. La presente estensione di garanzia non si cumula con quella di morte contemporanea dei genitori/coniugi prevista dall'art. 13.18.

13.7 RISCHIO GUERRA - La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

13.8 GUIDA DI QUALSIASI VEICOLO O NATANTE A MOTORE - L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida, ove prescritta.

13.9 SFORZI MUSCOLARI, ERNIE - La garanzia vale per le conseguenze di sforzi muscolari e per le ernie aventi esclusivamente carattere traumatico. Per queste ultime:

se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di inabilità temporanea per un massimo di 40 giorni;

nel caso in cui l'ernia anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere del medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;

qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

13.10 RISCHIO VOLO, DIROTTAMENTI - L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare, salvo quelli effettuati su mongolfiere e dirigibili, e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

La garanzia si intende estesa anche agli eventuali infortuni che in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo dovessero verificarsi al di fuori dei limiti territoriali o di tempo previsto in polizza, compreso quindi l'eventuale viaggio in aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo; il rischio di salita e di discesa non è considerato rischio di volo.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato con la Società o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona

€ 1.050.000,00 per il caso di Morte

€ 1.050.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale

per aeromobile

€ 2.600.000,00 per il caso di Morte complessivamente

€ 2.600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente totale

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

13.11 CALAMITÀ NATURALI - A parziale deroga dell'art. 1912 del C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di €. 2.600.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

13.12 ALPINISMO - Si intendono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica dell'alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai: - fino al 3° grado, anche senza accompagnamento; - oltre il 3° grado purché con accompagnamento di Guida professionista, Istruttore Nazionale di Club Alpini, Istruttore di scuole di alpinismo o di sci alpino riconosciute da Club Alpini Nazionali.

13.13 MANCINISMO - A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Società dà atto che se l'Assicurato è mancino il grado dell'invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa.

13.14 RINUNCIA ALLA RIVALSA - La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente contratto.

13.15 SERVIZIO MILITARE - L'Assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la prorogazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

13.16 DIABETE - La garanzia s'intende prestata anche nei confronti di persone affette da diabete, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le relative conseguenze. Pertanto, in caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'Art. 20 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

13.17 CRITERIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE - Il calcolo dell'indennizzo sarà fatto applicando alle fasce di somme assicurate sotto indicate, le percentuali scritte nella relativa colonna corrispondenti al grado di invalidità permanente accertato.

GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	Fascia da 0 a € 200.000,00 % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA	Fascia da € 200.001,00 a € 400.000,00 % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA	Fascia oltre € 400.001,00 % DI INDENNIZZO SU SOMMA ASSICURATA
1	0,3	0,0	0,0
2	0,6	0,0	0,0
3	1,0	0,0	0,0
4	1,8	0,0	0,0
5	2,5	0,0	0,0
6	3,5	1,0	0,0
7	4,5	2,0	0,0
8	6,0	3,0	0,0
9	8,3	4,0	0,0
10	10,0	5,0	0,0
11	11,0	6,0	1,0
12	12,0	7,0	2,0
13	13,0	8,0	3,0
14	14,0	9,0	4,0
15	15,0	10,0	5,0
16	16,0	11,0	6,0
17	17,0	12,0	7,0
18	18,0	13,0	8,0
19	19,0	14,0	9,0
20	20,0	15,0	10,0
21	21,0	16,0	11,0
22	22,0	17,0	12,0
23	23,0	18,0	13,0
24	24,0	19,0	14,0
25	25,0	20,0	15,0
26	26,0	21,0	16,0
27	27,0	22,0	17,0
28	28,0	23,0	18,0
29	29,0	24,0	19,0
30	30,0	25,0	20,0
31	31,0	26,0	21,0
32	32,0	27,0	22,0
33	33,0	28,0	23,0
34	34,0	29,0	24,0
35	35,0	30,0	25,0
36	36,0	31,0	26,0
37	37,0	32,0	27,0
38	38,0	33,0	28,0
39	39,0	34,0	29,0
40	40,0	35,0	30,0
41	41,0	36,0	31,0
42	42,0	37,0	32,0
43	43,0	38,0	33,0
44	44,0	39,0	34,0
45	45,5	40,5	35,5
46	47,0	42,0	38,5
47	48,5	43,5	37,0
48	50,0	45,0	40,0
49	51,5	46,5	41,5
da 50 a 59	70,0	70,0	70,0
da 60 a 69	95,0	95,0	95,0
da 70 a 100	150,0	150,0	150,0

13.18 RADDOPPIO AUTOMATICO DEL CAPITALE PER MORTE CONTEMPORANEA DI ENTRAMBI I CONIUGI - Qualora lo stesso evento provochi oltre alla morte dell'Assicurato anche quella del coniuge, l'indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'assicurazione si intenderà raddoppiato con il massimo di €. 500.000,00 in aumento. Sono equiparati a "figli minori" anche i minori in affidamento permanente.

13.19 MENOMAZIONI ESTETICHE - In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comportino alcun riconoscimento di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di €. 3.000,00 per evento le spese documentate, sostenute dall'Assicurato per ridurre o eliminare il danno tramite un intervento di chirurgia plastica o estetica.

13.20 PERDITA ANNO SCOLASTICO - Qualora, a causa di un infortunio, lo studente assicurato si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà un importo equivalente all'1% della somma assicurata di invalidità permanente nei suoi confronti. Il pagamento dell'indennità verrà effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica, dalla quale risulti che lo studente è regolarmente iscritto e che la perdita dell'anno è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

13.21 PAGAMENTO ANTICIPATO DELL'INDENNIZZO - L'Assicurato che ha subito invalidità permanente di grado superiore al 30% ha diritto di richiedere il pagamento di un acconto fino ad un massimo del 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano insorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e che l'indennizzo complessivo prevedibile non sia inferiore a €. 50.000,00. La Società potrà riconoscere l'anticipo non oltre 120 giorni dalla data del sinistro e non prima di 30 giorni dalla richiesta di anticipo.

Art. 14 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, nonché dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dalla garanzia di cui al precedente Art. 13.10 - rischio volo);
- b) dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso a ghiacciai (salvo quanto previsto dall'estensione di cui al precedente Art. 13.12 - alpinismo), pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci ed idro sci, sci aerobico, bob (guida sciista), immersione con autarespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) dalla partecipazione a corse, gare e allenamenti, svolti sotto l'egida della Federazione sportiva di appartenenza anche se solamente a livello dilettantistico del seguente sport: sci alpino, calcio, ciclismo, motociclismo, pallacanestro, pallavolo, equitazione, go-kart, rugby, football americano; tuttavia restano assicurate e validi i trofei automobilistici e gare di regolarità pura, regate veliche o trofei eleotatistici;
- d) da stato di ubriachezza alla guida di mezzi di locomozione nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- e) da stati di guerra e insurrezioni (salvo quanto previsto dall'estensione di cui al precedente Art. 13.7 - rischio guerra);
- f) da irradiazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio;
- h) da avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;

Sono inoltre esclusi gli infortuni e le erie (salvo quelle traumatiche di cui al precedente Art. 13.9 - Ernie).

Art. 15 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di polizza saranno composte in Italia.

Art. 16 LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 80esimo 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

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dall'articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio". Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più affezioni o malattie nel corso del contratto, costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non

avrebbe consentito l'assicurazione a sensi dell'art. 1898 del C.C. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso, si applica in questo caso la disciplina prevista dal presente articolo.

Art. 18 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare, ai sensi dell'articolo 2, l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, decade dal diritto all'indennizzo. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

Art. 19 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto al Corrispondente dei Lloyd's che gestisce il contratto o all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza, entro nove giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il Contraente/Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea.

In caso di ingiustificato ritardo della denuncia l'eventuale indennità giornaliera (diaria) previsto decorrerà dal giorno successivo a quello dell'inizio della denuncia stessa.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso telegrafico al Corrispondente dei Lloyd's che gestisce il contratto. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrattualmente convenuto, sono a carico dell'Assicurato.

Art. 20 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, per tanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Perimenti, nel caso di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

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 la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida detta somma, in parti uguali, agli eredi.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari 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 ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

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 subito.

Art. 22 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 assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento al valore ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destra	sinistra
- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
- paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
- amputazione di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
- anchilosi della tibia-fascia ad angolo retto con anchilosi della sotto astragolica	15%	
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
- un occhio	25%	
- ambedue gli occhi	100%	
- sordità completa di un orecchio	10%	
- sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
- stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
- stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
- esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
1 ^a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
- esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
- postumi di un trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
- perdita anatomica di un rene	15%	
- perdita anatomica della milza	8%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nella tabella che precede, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 23 FRANCHIGIA RELATIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

(Operante se non previsto il criterio di calcolo descritto al precedente Art. 13.17)

La liquidazione degli infortuni con postumi di Invalidità Permanente viene fatta con le seguenti modalità:

- a) Sul primo Euro 100.000,00 di somma assicurata, non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 10% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte di invalidità permanente eccedente il 10% della totale;
- b) sull'eventuale eccedenza di questa somma e fino a € 300.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente;
- c) sull'eventuale eccedenza di € 300.001,00 e fino a € 400.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 10% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 10% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente;
- d) sull'eventuale eccedenza di € 400.001,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 15% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 15% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente;

Tuttavia se il grado di invalidità permanente accertato è superiore al 40% la franchigia si intende abrogata.

Art. 24 INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni;

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre, fermo quanto disposto dall'Art. 25, dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 19, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Della indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

Art. 25 FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INABILITÀ TEMPORANEA

La liquidazione dell'indennizzo dovuto per inabilità temporanea - fermo quanto previsto dall'Art. 24 - è soggetta alla seguente franchigia assoluta:

- a) per somma assicurata non superiore a € 50,00 l'indennità verrà corrisposta a partire dal 6° giorno successivo a quello dell'infortunio;

Art. 26 INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO O DA INGESSATURA CONSEGUENTE AD INFORTUNIO

Se in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 giorni.

Si conviene inoltre che è parificato al ricovero, per un periodo massimo di 45 giorni, il periodo di inabilità, senza ricovero, durante il quale all'Assicurato sia applicato un apparecchio gessato od un presidio immobilizzante equivalente, limitatamente al tronco od ai grandi segmenti scheletrici, sempreché l'Assicurato stesso sia costretto a riposo assoluto o sia impossibilitato a deambulare liberamente o comunque non sia in grado di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali dichiarate.

La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella di rimozione sono considerate un'unica giornata.

L'indennità viene liquidata a degenza ultimata o ad avvenuta rimozione dell'ingessatura, dietro presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatta periodo di degenza o di durata dell'ingessatura.

L'indennizzo dovuto con la presente garanzia è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, rimborso spese mediche e con quello dovuto per inabilità temporanea.

Non sono cumulabili in ogni caso, le indennità per ricovero e ingessatura.

Art. 27 SPESE DI CURA

La Società rimborsa, sino alla concorrenza della somma massima indicata in polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

- a) onorari di medici e chirurghi;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche e spese farmaceutiche;
- d) trasporto in ospedale o clinica con ambulanza;
- e) rette di degenza e spese ospedaliere;

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi. Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere c) e d) l'onere a carico della Società non potrà superare il 30% della somma assicurata.

Art. 28 CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o in diretto 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 muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato ed offerto.

Art. 29 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità di cui all'art. 20, 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 risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 30 ADEGIAMENTO AUTOMATICO

Le somme assicurate ed il premio, se convenuto in polizza, sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi di consumo per famiglie di operai ed impiegati (Igd 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 stipolazione, 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.

Al 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 e mezzo di lettera raccomandata.

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

Art. 31 INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

Il presente contratto è stipulato dal Contraente in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

NORME VALIDE SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE**Art. 32 VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE**

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. Nel caso di fusione dell'azienda Contraente il contratto continua con l'azienda che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, o cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'azienda nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento dell'azienda Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni anzi indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi. La Società nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione al Contraente con preavviso di quindici giorni.

Art. 33 VARIAZIONI NELLE MANSIONI DELLE PERSONE ASSICURATE - VARIAZIONI DEL PERSONALE ASSICURATO

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle attività professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali delle attività sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli Assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce;

Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso;

Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società può provvedere a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto;

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto;

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione da luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione;

Art. 34 RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 21 o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

Art. 35 RISCHIO VOLO, DIROTTAMENTI

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare salvo quelli effettuati su mongolfiere e dirigibili e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

La garanzia si intende estesa anche agli eventuali infortuni che in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo dovessero verificarsi al di fuori dei limiti territoriali o di tempo previsto in polizza, compreso quindi l'eventuale viaggio in aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo; il rischio di salita e di discesa non è considerato rischio di volo.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato con la Società o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

- per persona
- € 1.050.000,00 per il caso di Morte
- € 1.050.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale
- complessivamente per aeromobile
- € 2.600.000,00 per il caso di Morte
- € 2.600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 36 LIMITAZIONE DELLE GARANZIE PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.600.000,00;

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte;

La presente limitazione non si applica per le garanzie di cui all'Art. 35 - Rischio volo - e - 13.11. Calamità naturali;

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Valide soltanto se espressamente richiamate in polizza)

- A. Limitazione della garanzia ai soli rischi extra-professionali - L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. Restano esclusi, per le persone soggette ad assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.), quelli verificatisi in circostanze tal da farli rientrare nell'ambito di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.
- B. Estensione della garanzia al calcio, ciclismo, equitazione, lotta nelle sue varie forme e atletica pesante, pugilato, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano e sci alpino (a livello dilettantistico e non professionale) - A parziale deroga dell'art. 14 punto b) e c) delle Norme che regolano l'assicurazione, la garanzia si intende estesa ai seguenti sport: calcio, ciclismo, equitazione, lotta nelle sue varie forme e atletica pesante, pugilato, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano e sci alpino.
Tale estensione di garanzia è prestata con una franchigia assoluta del 5% per il caso di invalidità permanente che verrà applicata sulla prima fascia di capitale assicurato, ferme le franchigie stabilite in polizza. Non sono comunque risarcibili perdite di denti, sfregi e deformazioni fisiche.
Limitatamente al pugilato ed alle varie forme di lotta la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che occorressero durante le normali esercitazioni, prove o allenamenti, restando sempre esclusi i combattimenti.
- C. Estensione della garanzia alle immersioni subacquee con autorespiratore, speleologia, salti dal trampolino con sci e idro sci, alpinismo, motociclismo e go-kart (a livello dilettantistico e non professionale) - A parziale deroga dell'art. 14 punto b) e c) delle norme che regolano l'assicurazione, la garanzia s'intende estesa ai seguenti sport: immersioni subacquee con uso di autorespiratore, speleologia, alpinismo con scalata di rocce oltre il 3° grado della Scala Monaco (v. Art. 13.12) ed accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persone esperte, salti dal trampolino con sci ed idro sci, motociclismo e go-kart. Tale estensione di garanzia è prestata con una franchigia assoluta del 10% per il caso di invalidità permanente che verrà applicata sulla prima fascia di capitale assicurato, ferme le franchigie stabilite in polizza. Non sono comunque risarcibili perdite di denti, sfregi e deformazioni fisiche.
- D. Tabella INAIL - La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'Art. 22 delle norme che regolano l'assicurazione si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 senza tener conto delle successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.
- E. Supervalutazione delle mani e delle dita dei Medici, dei veterinari e degli Odontotecnici - La tabella delle indennità per invalidità permanente di cui al precedente Art. 22 si intende sostituita - per i casi appresso indicati - dalla seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
- un pollice	40%	30%
- un indice	40%	30%
- un medio	20%	15%
- un anulare	20%	15%
- un mignolo	15%	12%
- una mano	100%	

entro il limite della somma assicurata per tale garanzia.

In caso di richiamo in polizza della presente condizione resta inteso che il criterio di calcolo dell'invalidità permanente di cui al precedente Art. 13.17 non è operante.

- G. Coassicurazione e delega - L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società indicate nel contratto. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite del Corrispondente dei Lloyd's che gestisce il contratto all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria a nome e per conto di tutte le coassicuratrici. Ogni modifica al contratto, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo. La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

- I. Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali - A modifica delle norme che regolano l'assicurazione, si conviene che la garanzia è limitata agli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza.
- J. Franchigia assoluta per invalidità Permanente - Il comma a) dell'art. 23) delle Norme si intende abrogato e sostituito dal seguente:
a) sui primi € 155.000,00 di somma assicurata, non si dà luogo ad indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 3% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte di invalidità permanente eccedente il 3% della totale.
- X. Indennità giornaliera per apparecchio gessato o immobilizzante - Indennità di convalescenza - Fermo quanto disposto per il ricovero ospedaliero da infortunio previsto dall'art. 24) delle Norme, si conviene, in deroga a quanto previsto dallo stesso articolo per ingessatura, quanto segue:
"E' parificato al ricovero, per un periodo massimo di 60 giorni, il periodo di inabilità senza ricovero, durante il quale all'Assicurato è applicato un apparecchio gessato o un apparecchio ortopedico immobilizzante equivalente, la cui applicazione per quest'ultimo si sia resa necessaria per frattura o per rottura e/o lesione dei legamenti articolari clinicamente accertati.
La diaria viene comunque riconosciuta anche in assenza di apparecchio gessato o immobilizzante, per i casi di fratture scheletriche radiograficamente accertate per i soli giorni di prognosi certificati dal primo referto medico e viene corrisposta solo per il periodo trascorso fuori dall'Istituto di cura, ambulatorio o pronto soccorso. La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella della inabilità valgono ai fini dell'indennizzo come un'unica giornata.
Inoltre, la Società corrisponde all'Assicurato una diaria di convalescenza, successivamente ad un ricovero indennizzabile o termini di polizza, per lo stesso importo previsto dalla diaria di ricovero, con il limite massimo di 30 giorni per sinistro.
- W. Lesioni tendinee - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 60 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 60esimo anno di età dell'assicurato. Per effetto della presente clausola, in caso di infortunio che abbia come conseguenza solamente la rottura di uno o più tendini del corpo, la Società liquiderà forfetariamente un grado di invalidità permanente pari al 4%, con il limite massimo di €. 6.000,00 per evento e senza applicazione di franchigia alcuna, i seguenti casi:
- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o meno)
 - tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale)
 - tendine dell'estensore del pollice
 - tendine del quadricipite femorale
 - cuffia dei rotatori

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Valide solo per polizze intestate a Società - persone giuridiche - che assicurano le categorie professionali quali dirigenti, quadri, impiegati, operai e se espressamente richiamate)

- L. Deroga denuncia infermità - Fermo il disposto dell'Art. 17 delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici e/o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 20 delle norme che regolano l'assicurazione.
- M. Deroga altre assicurazioni - A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente è esonerato dal denunciare altre assicurazioni, stipulate con altre Società assicuratrici, della stessa natura di quelle che formano oggetto della presente polizza.
- N. Dirigenti: tabella INAIL e malattie professionali - Relativamente alle persone assicurate aventi qualifica di «Dirigente», a modifica ed a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione si conviene fra le Parti quanto segue:
- a) La tabella delle percentuali di invalidità permanente (Art. 22 delle norme che regolano l'assicurazione) si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 senza tener conto delle successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge;
 - b) L'assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità Permanente, viene estesa alle malattie professionali intendendosi come tali quelle attualmente riconosciute dalla Legge Infortuni sul Lavoro che si manifestino 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 morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata, come stabilito dalle norme che regolano l'assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

c) qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 20 delle norme che regolano l'assicurazione, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

- O. Assicurazione degli infortuni dei quali sia responsabile il Contraente (R.C. integrativa) - Nell'ipotesi prevista dall'art. 34 delle norme che regolano l'assicurazione e ferme le disposizioni tutte di detto articolo, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, in eccedenza alle indennità dovute in base alle norme che regolano l'assicurazione e fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello di dette indennità.

Nel caso di evento che colpisca più persone, il maggior esborso a carico della Società in forza del presente articolo non può superare la somma complessiva di €. 1.050.000,00.

Nell'ipotesi invece prevista al secondo comma del citato art. 34 delle norme che regolano l'assicurazione l'indennità accantonata viene pagata, sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno, anche ai sensi dell'ultimo comma della presente Condizione Particolare. Se con i beneficiari designati in polizza, o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione prestata con la presente Condizione Particolare vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermo sempre il limite di cui sopra. La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a sensi di polizza e non vale per gli infortuni che colpiscono:

parenti o affini del Contraente, stabilmente con lui conviventi;

amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia avuta conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

- P. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni - Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato.

Per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione dell'infortunato quella annua lorda percepita per i titoli di cui sopra nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio 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 delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla determinazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. 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 ed il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni. Se, all'atto della regolazione annuale, il premio

consuntivo risultasse superiore di oltre il 50% rispetto a quello anticipato, si farà luogo al proporzionale aumento di quest'ultimo, a partire dalla successiva scadenza annuale, commisurando il premio anticipato in misura non inferiore all'80% dell'ultimo consuntivo.

- Q. Assicurazione in base al registro variazioni - A parziale deroga di quanto disposto dalle norme che regolano l'assicurazione, si conviene tra le Parti quanto segue:

L'assicurazione è regolata da apposito registro variazioni fornito dalla Società, che forma parte integrante della polizza.

In detto registro variazioni il Contraente si obbliga a registrare tutte le persone da ritenersi assicurate e ad effettuare di volta in volta sul medesimo le variazioni relative alle inclusioni ed alle esclusioni dovute al movimento del personale, le quali dovranno essere comunicate per iscritto alla Società, per mezzo di lettera raccomandata o telefax, indicando tutti i dati richiesti per l'iscrizione al registro variazioni. L'assicurazione avrà effetto dalle ore ventiquattro del giorno di spedizione della predetta raccomandata o telefax: farà fede il timbro postale.

Per le categorie di personale non contemplate dalla polizza o, se contemplate, da comprendersi per somme diverse a quelle già prestate per il personale della stessa categoria, nonché per le persone non trovantisì in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, ecc., è inteso che l'assicurazione avrà effetto, a condizioni da pattuirsi, soltanto dopo l'adesione scritta della Società.

Alla fine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, si farà luogo alla regolazione del premio, prendendo per base di garanzia per ogni assicurato la rispettiva categoria di rischio e le somme assicurate. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla data della comunicazione della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente 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 diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni. In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare, assieme alla differenza di premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la regolazione si riferisce, la differenza di premio per la rata successiva in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

- R. Assicurazione per Categorie o gruppi - L'assicurazione viene prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza e per le somme individuali a fianco di ciascuno specificate.

La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.

Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; pertanto non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza.

Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio con le mansioni ivi specificate e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. 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 o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni. In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare, assieme alla differenza di premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la

regolazione si riferisce, la differenza di premio per la rata successiva in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

U. Dirigenti - L'art. 23 delle norme che regolano l'assicurazione – Franchigia relativa per In- validità Permanente -- si intende abrogato e si conviene, esclusivamente per il rischio extra- professionale, la seguente franchigia assoluta: non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 3% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte di invalidità permanente eccedente il 3% della totale. Nel caso l'invalidità permanente risultasse superiore al 15%, la suddetta franchigia si intenderà annullata.

NORME CHE REGOLANO L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA IN QUANTO ABBINATA AI RISCHI INFORTUNI DI MORTE E/O INVALIDITÀ PERMANENTE

(Indicare la forma prescelta specificando nel frontespizio della polizza alla voce Condizioni Particolari operanti la sigla S se la forma è Generica o la sigla T se la forma è Specifica)

S) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA NELLA FORMA "GENERICA"

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è estesa al caso di invalidità permanente che sia conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione.

Si intende per "invalidità permanente" da malattia la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell' Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Criteri e termini di liquidazione

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 25% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 25%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALE		PERCENTUALE	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	oltre 65	100
46	42		

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti della

misura nella quale e per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

T) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA NELLA FORMA "SPECIFICA"

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è estesa al caso di invalidità permanente che sia conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione.

Si intende per "invalidità permanente" da malattia la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio della propria attività professionale dichiarata in polizza.

Criteri e termini di liquidazione

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 33% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 33%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALE		PERCENTUALE	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA
34	3	50	52
35	6	51	55
36	9	52	58
37	12	53	61
38	15	54	64
39	18	55	67
40	21	56	70
41	24	57	73
42	27	58	76
43	30	59	79
44	33	60	82
45	36	61	85
46	39	62	88
47	42	63	91
48	45	64	94
49	48	65	97
		oltre 65	100

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/06/1945 N. 1124, non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data. Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U., la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale e per sempre diminuita la capacità all'esercizio della propria attività professionale dichiarata in polizza.

CONDIZIONI ASSICURATIVE COMUNI ALLE FORME "GENERICA" E "SPECIFICA"

TERMINI DI ASPETTATIVA

A parziale deroga dell'art. 3) delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, l'anzidetto termine di 90 giorni opera:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostitutiva, per le prestazioni e le somme da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente contratto limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso derivate.

ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- malattie e/o invalidità preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- malattie professionali e mentali;
- intossicazioni per abuso di alcool o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- irradiazione del nucleo dell'atomo come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- atti di guerra o insurrezioni;
- reati dolosi commessi dall'Assicurato;
- sindrome da immunodeficienza acquisita;

LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successivo al compimento del 65esimo 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.

Denuncia della malattia e relativi obblighi del Contraente/Assicurato

La denuncia della malattia che, secondo parere medico, sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

La denuncia deve essere corredata da:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica;
- copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del postumi invalidanti;

Trascorsi i trenta giorni dalla denuncia della malattia, il Contraente o l'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente risultante dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, o tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

LIQUIDAZIONE DEI DANNI

Ricevuta la documentazione sopra richiamata e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta e provvede al pagamento.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato tra le Parti, la Società paga l'importo stabilito ai beneficiari designati in polizza o, in difetto agli eredi.

NON CUMULABILITÀ DELLA PRESENTE GARANZIA CON QUELLA PRESTATO CON POLIZZA INFORTUNI

La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizza infortuni della stessa Società.

RINVIO ALLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Per quanto non regolato dalle presenti condizioni, valgono, in quanto compatibili, le condizioni generali e particolari previste dalla polizza.

TABELLA DELLE ATTIVITÀ

CLASSE A

- Agenti che operano nei settori: assicurazione, credito, commercio, industria e settori vari
- Amministratori di beni propri o altrui
- Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Autoscuola - Istruttore di teoria
- Avvocati e procuratori legali
- Benestanti senza particolari occupazioni
- Biologi
- Casalinghe
- Clero (appartenenti al)
- Commercialisti e consulenti del lavoro
- Commercianti (proprietari e/o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive
- Disegnatori
- Farmacisti
- Fotografi
- Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Giornalai
- Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Imprenditori, escluso agricoltori, artigiani e commercianti che non prestano lavoro manuale
- Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Magistrati
- Massaggiatori fisioterapisti
- Medici
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetriche
- Parrucchieri
- Periti
- Sarli
- Studenti
- Vetrinisti

CLASSE B

- Agricoltore senza lavoro manuale
- Allevatori senza lavoro manuale
- Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, ecc.
- Autoscuola - Istruttore di guida
- Calzolai
- Casari
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articoli igienico sanitari, casalinghi
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di panetterie, salumerie, macellerie, frutta e verdura, fiori e piante, bar e ristoranti
- Commessi viaggiatori
- Carnicci
- Domestici
- Estetisti, callisti, manicure
- Facchini (portabagagli) di piccoli colli
- Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Giardinieri, vivaisti
- Giornalisti
- Guardapesca, guardie campestri
- Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Imprenditori, escluso agricoltori, artigiani e commercianti che prestano occasionalmente lavoro manuale

- Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Litografi
- Paramedici
- Pescatori
- Restauratori in genere (senza uso di impalcature)
- Riparatori radio-TV e elettrodomestici in genere
- Tappezziere
- Tipografi
- Veterinari

CLASSE C

- Agricoltori con lavoro manuale
- Allevatori di equini
- Antennisti
- Autisti di autocarri con partecipazione alle operazioni di carico e scarico
- Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauti
- Elettricisti
- Idraulici
- Imbianchini
- Marmisti
- Muratori
- Vetrai (produzione e installazione)

CLASSE D

- Carpenteri
- Cavaioi (operai cave di marmo o di pietra) senza uso di mine
- Fabbri
- Fachini addetti al carico e scarico di merci in genere
- Falegnami

Il Contraente

U.I.A. SRL

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle Circostanze del rischio
- Art.3 Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del Premio
- Art.4 Modifiche dell'assicurazione
- Art.5 Aggravamento del rischio
- Art.9 Proroga dell'assicurazione
- Art.10 Oneri fiscali
- Art.15 Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- Art.14 Delimitazione dell'assicurazione - esclusioni
- Art.15 Limite territoriali
- Art.16 Limiti di età
- Art.17 Persone non assicurabili
- Art.18 Altre assicurazioni
- Art.19 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi
- Art.20 Criteri di indennizzabilità
- Art.21 Morte e morte presunta
- Art.22 Invalidità permanente
- Art.23 Franchigia relativa all'invalidità permanente
- Art.24 Inabilità temporanea
- Art.25 Franchigia assoluta per inabilità temporanea
- Art.26 Indennità giornaliera da ricovero o da ingessatura conseguente ad infortunio
- Art.27 Spese di cura
- Art.28 Cumulo di indennità
- Art.30 Adeguamento automatico

NORME VALIDE SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE

Art.33 Variazioni nelle mansioni delle persone assicurate – Variazioni del personale assicurato

Art.36 Limitazioni delle garanzie per sinistri catastrofali

CONDIZIONI PARTICOLARI (Valide solo se espressamente richiamate)

NORME CHE REGOLANO L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA IN QUANTO ABBINATA AI RISCHI INFORTUNI DI MORTE E/O INVALIDITÀ PERMANENTE

S) Invalidità permanente da malattia nella forma "generica"

T) Invalidità permanente da malattia nella forma "specifica"

CONDIZIONI ASSICURATIVE COMUNI ALLE FORME "GENERICA" E "SPECIFICA"

Esclusioni

Limiti di età

Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza infortuni

**Il Contraente****U.I.A. SRL**

GLOSSARIO

(Le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Sindacato:

È definito Sindacato il membro del Lloyd's o il gruppo di membri del Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" dei Lloyd's;

Bilanci dei membri:

L'utile/ (la perdita) da distribuire/ (da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dai) membri dei Lloyd's;

Consumatore:

È la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Fondi dei membri presso i Lloyd's:

I fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione "residente nel territorio della Repubblica Italiana".

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Carenza

Il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della polizza durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altre persone.

Convalescenza

Il periodo necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

Franchigia

La parte del danno risarcibile che rimane a carico dell'Assicurato e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo.

Indennità giornaliera da ricovero

La degenza dell'Assicurato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, resa necessaria a seguito di infortunio, ininterrotta e con pernottamento.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce la morte e/o lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Inabilità Temporanea

La perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere a seguito di infortunio.

Intermediario

Persona fisica o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi, che presenta o propone i prodotti assicurativi e presta assistenza e consulenza finalizzata a tale attività.

Invalità Permanente

La perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio di una qualsiasi attività, indipendentemente dall'attività svolta dall'Assicurato.

Malattia

L'alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, che non dipende da un infortunio, clinicamente e oggettivamente constatabile, insorta per la prima volta in epoca non antecedente il 30° giorno successivo alla data di decorrenza della polizza.

Modulo/Scheda Di Copertura

Il documento allegato alla Polizza che riporta i dati dell'Assicurato, il periodo di assicurazione, il Premio ed eventuali dettagli della Polizza. Il Modulo/Scheda Di Copertura forma parte integrante del contratto.

Morte

Il decesso dell'Assicurato per infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario/Modulo Di Proposta

Il formulario attraverso il quale la Società prende atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del premio di polizza; le dichiarazioni in esso contenute integrano il contratto. E' obbligo dell'Assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte della Società anche ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Fascicolo informativo, redatto a sensi dei Regolamenti vigenti, è parte del contratto.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Gli assicuratori indicati nel Modulo/Scheda Di Copertura.

Spese di cura

Le spese sostenute dall'assicurato rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio

**MODULO DI PROPOSTA
INFORTUNI**

DATI CONTRAENTE ASSICURATO

Nome e Cognome (singolo contraente) _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

C.F. (non accettiamo Partita Iva) _____

E-mail _____ Telefono _____

Data di decorrenza richiesta: _____

NB: IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO OGNI SOGGETTO PER IL QUALE E' RICHIESTA COPERTURA DOVRA' PROVVEDERE PERSONALMENTE ALLA STIPULA DELLA POLIZZA

Morte	Invaldit� permanente	Rimborso spese di cura	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	Euro 100.000,00	Euro 2.000,00	Euro 80,00

Invaldit  permanente: tabella INAIL franchigia 10%

Diaria giornaliera da Inabilit  temporanea: € 50,00 con franchigia 5 giorni

IMPORTANTE

UJA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UJA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non   vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addiventano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verr  considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sar  allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avviate nell'espletamento della Vostra attivit ,   diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attivit  di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potr  da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento"   U.J.A. SRL con l'ausilio anche di Societ  ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA   da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verit ;
- di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data _____

Nome e funzione di chi firma _____

Timbro e firma _____

**CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:
AVVOCATI**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**
- d) Modulo di proposta**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL
CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E
LA NOTA INFORMATIVA.**

VERSIONE 01_03_2017 LSW1694-12

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono certi membri del Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro del Lloyd's.

c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86

d. Lloyd's ha recapito telefonico al n. +39026378881, e-mail all'indirizzo servizioclienti@lloyds.com ed ha editato il sito internet www.lloyds.com.

e. I membri del Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (iscrizione al n° 1.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 65 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 32.934 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 24.262 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.274 milioni e da riserve centrali di EUR 2.398 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni.

L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2015 era il 16460%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 4.532 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 27 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 92 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2015:

http://www.lloyds.com/AnnualReport2015/assets/pdf/Lloyds_Annual_Report_2015.pdf

** Tasso di cambio al 31.12.2015: EUR 1,00 = GBP 0,73529 (fonte: Banca d'Italia).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-al-lloyds>

(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

E' previsto il tacito rinnovo ed in alternativa il RINNOVO AUTOMATICO - Pag. 12 del testo di polizza

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

RESPONSABILTA CIVILE PROFESSIONALE DANNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- Pag. 3 del testo di polizza

ESTENSIONI – Pag. 5 – 9 del testo di polizza

ESCLUSIONI

- Pag. 3 – 5 del testo di polizza

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – Pag. 12 punto 1 del testo di polizza

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – Pag. 13 Punto 5-6 del testo di polizza

6. Premi

La presente polizza si perfeziona attraverso bonifico bancario o assegno negli importi massimi stabiliti dalla legge. La durata del contratto è ANNUALE, salvo diverse pattuizioni-deroghe stabilite dalle parti.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – Pag. 12 punto 3 del testo di polizza

7. Rivalse

Diritto che, spetta all'assicuratore nei confronti del proprio assicurato e che consente al primo di recuperare gli importi pagati ai terzi danneggiati nei casi in cui l'assicuratore avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

SURROGAZIONE - Pag. 11 del testo di polizza

8. Diritto di recesso

OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO – Pag. 10 del testo di polizza

CASI DI CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - Pag. 11 del testo di polizza

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivati dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 CC.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

10. Legge applicabile al contratto

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE - Pag. 13 punto 10 del testo di polizza

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello stabilito in libertà di stabilimento.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO - Pag. 10 del testo di polizza

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – Pag. 13 Punto 7 del testo di polizza

13. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato all'intermediario del Contraente per essere a tale fine assistito.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano dei Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 68
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

RECLAMI pag. 14 Punto 15 del testo di polizza

14. Arbitrato

ARBITRATO SPECIALE: Pag. 11 del testo di polizza

* * * * *

Gli assuntori di rischi assicurativi del Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
Vittorio Scata

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza di Responsabilità Civile Professionale Avvocati

Appendice di integrazione:

In conformità con quanto disposto dal Decreto del 22 settembre 2016 (in G.U. dell'11 ottobre 2016, n. 238) e successive modifiche, con la presente appendice, che forma parte integrante del contratto assicurativo, si precisa:

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione prevede la copertura della responsabilità civile dell'avvocato per tutti i danni che dovesse colposamente causare a terzi nello svolgimento dell'attività professionale.

L'assicurazione prevede la copertura per la responsabilità civile professionale per qualsiasi tipo di danno patrimoniale, non patrimoniale, indiretto, permanente, temporaneo, futuro.

A maggior precisazione ai fini della determinazione del rischio assicurato per «attività professionale» deve intendersi:

- a) l'attività di rappresentanza e difesa dinanzi all'autorità giudiziaria o ad arbitri, tanto rituali quanto in rituali;
- b) gli atti ad essa preordinati, connessi o consequenziali, come ad esempio l'iscrizione a ruolo della causa o l'esecuzione di notificazioni;
- c) la consulenza od assistenza stragiudiziali;
- d) la redazione di pareri o contratti;
- e) l'assistenza del cliente nello svolgimento delle attività di mediazioni, di cui al decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, ovvero di negoziazione assistita di cui al decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132.

LA GARANZIA COMPRENDE INOLTRE le perdite patrimoniali:

- conseguenti a perdita, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da furto, rapina o incendio
- conseguenti a sanzioni di natura fiscale, multe ed ammende, inflitte ai clienti per fatto colposo imputabile all'assicurato.
- la garanzia vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto colposo o doloso dei suoi dipendenti o collaboratori.

RETROATTIVITA': illimitata

ULTRATTIVITA' / MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO: decennale

Si precisa che la presente garanzia è soggetta ad attivazione che dovrà essere richiesta da parte dell'assicurato o dei suoi eredi entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento purché lo stesso sia avvenuto in vigenza di polizza e per i seguenti casi:

- Cessazione definitiva dell'attività
- Morte dell'assicurato
- Scioglimento dello studio

CESSAZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO

In caso di denuncia di sinistro o pagamento dello stesso gli Assicuratori manterranno in vigore il presente contratto fino alla sua naturale scadenza.

TERZO

Qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'ASSICURATO o dai suoi dipendenti.

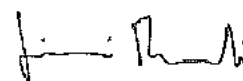
Il termine TERZO esclude:

- a) Il coniuge (che non sia legalmente separato), i genitori, i figli e qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO;
- b) Le imprese o Società di cui l'ASSICURATO sia titolare o contitolare o di cui sia direttamente od indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal Codice Civile italiano;
- c) I Collaboratori dell'ASSICURATO nonché le persone che sono con questi in rapporti di parentela come previsto al punto a) di questa definizione.

Data

l'Assicurato o il Contraente

U.I.A. Srl



AVVERTENZA IMPORTANTE

Si noti che tutte le garanzie del contratto di assicurazione sono prestate nella forma "CLAIMS MADE" e sono operanti per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE IN CORSO riferiti a fatti commessi dopo la data di retroattività e da lui denunciati agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione.

Sezione A

DEFINIZIONI

I termini in lettere maiuscole riportati nella presente POLIZZA, nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA allegato ed in eventuali appendici, hanno il significato a loro attribuito di seguito:

CLAIMS MADE – RETROATTIVITÀ: L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori.

QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA: il formulario attraverso il quale gli ASSICURATORI prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del premio di polizza; le dichiarazioni in esso contenute integrano il contratto. È obbligo dell'ASSICURATO di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI anche ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Fascicolo informativo, redatto a sensi dei Regolamenti vigenti, è parte del contratto.

MODULO/SCHEDA DI COPERTURA: il documento allegato alla presente POLIZZA che riporta i dati dell'ASSICURATO, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli della POLIZZA, il MODULO/SCHEDA DI COPERTURA forma parte integrante del contratto.

CONTRAENTE: il soggetto indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA che sottoscrive la presente POLIZZA.

ASSICURATO: in caso di Ditta Individuale, nominata nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, la persona fisica.

- in caso di Associazione Professionale, di Studio Associato, di Società, nominate nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, i partners, i professionisti associati, tutti i soci e i collaboratori esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società;

Per ASSICURATO si intende anche colui che è stato partner in passato, che lo è al momento della stipulazione del contratto o che lo diventa durante la vigenza della POLIZZA.

STAFF E/O COLLABORATORI: qualsiasi persona fisica che opera, ha operato od opererà per conto dell'ASSICURATO in qualità di dipendente, praticante, apprendista, studente, ausiliario giudiziario, sostituto d'udienza, collaboratore, consulente, corrispondente, italiano od estero; a tempo pieno o part-time, in periodo di formazione, per incarichi sostitutivi, per incarichi temporanei con l'ASSICURATO nello svolgimento delle attività previste nell'Oggetto dell'Assicurazione.

ASSICURATORI: i soggetti indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

TERZO: qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'ASSICURATO o dai suoi dipendenti.

Il termine TERZO esclude:

- d) il coniuge (che non sia legalmente separato), i genitori, i figli e qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO;
- e) Le imprese o Società di cui l'ASSICURATO sia titolare o controllante o di cui sia direttamente od indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal Codice Civile italiano;
- f) I Collaboratori dell'ASSICURATO nonché le persone che sono con questi in rapporti di parentela come previsto al punto a) di questa definizione.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

- a) qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali nei confronti dell'ASSICURATO, oppure
 - b) qualsiasi contestazione scritta che presupponga un ATTO ILLECITO inviata all'ASSICURATO.
- PIÙ RICHIESTE DI RISARCIMENTO contestuali riferite o riconducibili al medesimo ATTO ILLECITO, anche se costituissero PERDITE a più soggetti reclamanti, saranno considerate un'unica RICHIESTA DI RISARCIMENTO soggetta, in questo caso, ad un unico LIMITE DI INDENNIZZO ed ad un unico SCOPERTO o FRANCHIGIA.

ATTO ILLECITO:

- a) qualsiasi effettivo o presunto atto colposo, infrazione di obblighi, errori, dichiarazioni inesatte, omissioni, compiuti dall'ASSICURATO e o da un membro del suo STAFF E/O COLLABORATORI;
 - b) qualsiasi effettivo o presunto atto doloso o fraudolento che provochi una PERDITA a TERZI compiuto da un membro dello STAFF E/O COLLABORATORI dell'ASSICURATO.
- Eventuali ATTI ILLECITI connessi, continuati, ripetuti o collegati nella loro causa costituiranno un singolo ATTO ILLECITO.

POLIZZA: il documento che prova l'Assicurazione.

CIRCOSTANZA:

- a) qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti di un ASSICURATO;
- b) qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta di un ASSICURATO, da cui possa trarre origine una RICHIESTA DI RISARCIMENTO;
- c) qualsiasi errore, omissione, atto o fatto di cui un ASSICURATO sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi confronti;
- d) un'intimazione dell'intenzione di avanzare una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti di qualsiasi ASSICURATO;
- e) qualsiasi specifica e conosciuta critica, qualsiasi disputa diretta od indiretta (anche se non motivata) espressa od implicita, relativa alla prestazione di qualsiasi ASSICURATO o di un soggetto di cui CONTRAENTE sia responsabile, che possa dar luogo ad una PERDITA o un danno a TERZI;
- f) qualsiasi atto, documento ufficiale, lettera di diffida che contenga un'istanza di risarcimento e/o un espresso riferimento ad uno o più ASSICURATI.

PERIODO DI ASSICURAZIONE: il periodo di tempo indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

PERDITA:

- a) l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze o transazioni cui l'ASSICURATO sia tenuto per legge;
- b) i COSTI E SPESE sostenuti da un TERZO che l'ASSICURATO sia tenuto a rimborsare per effetto di un Provvedimento giudiziale;
- c) i COSTI E SPESE (soggette alla definizione che segue) sostenute dall'ASSICURATO con il consenso scritto degli ASSICURATORI nella attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'ASSICURATO per Responsabilità Civile.

COSTI E SPESE:

- a) tutti i costi e le spese necessarie, ragionevolmente sostenute da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dall'investigazione e/o dalla difesa e/o dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ivi compresi anche i relativi giudizi di impugnazione, previo il preventivo consenso scritto degli ASSICURATORI. COSTI E SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri compensi ed indennità dell'ASSICURATO e/o dei suoi Collaboratori.
 - b) L'indennizzo per i compensi di Avvocati ai sensi della presente POLIZZA non potrà eccedere le tariffe professionali in vigore applicabili, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.
 - c) I COSTI E LE SPESE, come previsto all'art. 1917 del Codice Civile, sono limitati al 25% del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA e sono corrisposti in aggiunta agli stessi.
- Detti COSTI E SPESE non sono soggetti all'applicazione di alcuna FRANCHIGIA O SCOPERTO. Non saranno considerate COSTI E SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

PERIODO DI RETROATTIVITÀ: il periodo di tempo antecedente la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. Gli ASSICURATORI riterranno valide le RICHIESTE DI RISARCIMENTO denunciate per la prima volta dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, in conseguenza di ATTI ILLECITI perpetrati o che si presume siano stati perpetrati, individualmente o collettivamente, entro detto PERIODO DI RETROATTIVITÀ. Il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA non s'intende in alcun modo aumentato per effetto di questa estensione.

MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO: il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, durante il quale l'ASSICURATO ha il diritto di notificare RICHIESTE DI RISARCIMENTO per ATTI ILLECITI commessi o che si presume siano stati

commessi, individualmente o collettivamente, durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA e durante il PERIODO DI RETROATTIVITÀ.

PREMIO: il corrispettivo dovuto dal CONTRAENTE agli ASSICURATORI.

LIMITE DI INDENNIZZO: l'ammontare, indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA che rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE compreso il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO.

A tali ammontare vanno aggiunti i Costi e le Spese come indicato nelle definizioni sopra riportate. Qualora nel presente MODULO/SCHEDA DI COPERTURA sia previsto un SOTOLIMITE DI INDENNIZZO questo non sarà considerato in aggiunta al LIMITE DI INDENNIZZO, bensì parte dello stesso, e rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per quella voce di rischio.

FRANCHIGIA O SCOPERTO: l'ammontare del LIMITE DI INDENNIZZO, percentuale o fisso, indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, che rimane a carico dell'ASSICURATO per ciascuna PERDITA e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri.

In presenza di FRANCHIGIE E SCOPERTI, l'ASSICURATORE sarà comunque tenuta a risarcire il terzo per l'intero importo dovuto, fermo restando che recupererà l'importo della FRANCHIGIA o dello SCOPERTO dall'ASSICURATO.

INTERMEDIARIO: Colui che, iscritto al Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione, mette a disposizione del pubblico la propria competenza tecnica e svolge stabilmente in forma professionale ed autonoma l'incarico di provvedere, a proprio rischio e spese, con compenso in tutto o in parte a provvigioni, alla gestione ed allo sviluppo degli affari assicurativi.

ATTI TERRORISTICI: a titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici, religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa.

SOSTANZE INQUINANTI: qualsiasi sostanza irritante o contaminante, solida, liquida, gassosa o fennale (compresi a titolo esemplificativo e non limitativo: fumo, vapori, fuliggini, acidi, prodotti chimici e rifiuti). Nel termine rifiuti sono compresi a titolo esemplificativo e non limitativo: materiali riciclati, revisionati e riconvertiti.

DANNI CORPORALI: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.

DANNI MATERIALI: il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Dietro pagamento del PREMIO convenuto, preso atto di quanto sottoscritto nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA e di termini, nei limiti, e alle condizioni ed esclusioni di questa POLIZZA gli ASSICURATORI si impegnano a tenere indenne l'ASSICURATO di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, di perdite pecuniarie involontariamente cagionate a terzi nell'esercizio delle professione descritta in polizza e che traggono origine da una RICHIESTA DI RISARCIMENTO fatta da TERZI all'ASSICURATO stesso per la prima volta e notificate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE indicata nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA o durante il "MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO", purché tali RICHIESTE DI RISARCIMENTO siano originate da un ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO o da un membro del suo STAFF E/O COLLABORATORE di cui l'ASSICURATO stesso ne debba rispondere durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ. Le attività coperte sono tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione.

ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera:

- 1) in relazione ad attività diversa da quella/e indicata/e nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA;
 - 2) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti in tutto od in parte a CIRCOSTANZE esistenti prima od alla data di decorrenza di questa contratto che l'ASSICURATO conosceva o delle quali poteva avere ragionevolmente conoscenza, alle a generare una successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO contro di lui;
 - 3) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti in tutto od in parte a fatti commessi in periodo anteriore alla data di retroattività concessa e indicata in SCHEDA DI COPERTURA;
 - 4) a favore di un ASSICURATO che non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nella QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA o la cui attività o autorizzazione sia stata negata, sospesa, cancellata o revocata dalle Autorità;
- In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli ATTI ILLECITI commessi

successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata dagli Organi competenti, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO.

La copertura assicurativa verrà automaticamente riattivata alla revoca della suddetta delibera da parte degli Organi competenti oppure alla scadenza del termine di sospensione dall'esercizio professionale.

Qualora il provvedimento di negazione, sospensione, cancellazione o revoca deliberato dagli Organi competenti abbia colpito l'attività dell'ASSICURATO, l'Assicurazione mantiene la sua efficacia per la notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO ritirate ad ATTI ILLICITI commessi prima della data della predetta delibera.

L'ASSICURATO dovrà però, a pena di decadenza di detta efficacia, dare avviso della delibera entro 7 giorni agli ASSICURATORI fornendo copia di detta documentazione.

Gli ASSICURATORI conseguentemente avranno facoltà di:

I. Recedere dalla polizza dando 60 giorni di preavviso;

II. Mantenere in vigore l'Assicurazione fino alla sua scadenza ordinaria in relazione alla sola notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO per ATTI ILLICITI commessi in data antecedente il periodo in cui la delibera è stata assunta dagli Organi competenti;

5) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo;

6) per tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penali o sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli, inflitti direttamente all'ASSICURATO o per le conseguenze del loro mancato pagamento, salvo quanto previsto al capitolo Perilata Fiscale che segue;

7) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti a qualsiasi responsabilità legale di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causate da, o connesse a, o derivanti da:

I. Radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che trae origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare;

II. Le proprie radioattive, tossiche, esplosive o altri agenti pericolosi di qualsiasi dispositivo nucleare o componenti nucleare dello stesso;

8) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti a frode, atto deloso posto in essere dall'ASSICURATO;

9) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da inosservanza di obblighi volontariamente assunti dall'ASSICURATO contrattualmente, salvo il caso in cui l'ASSICURATO sarebbe stato ritenuto responsabile per la PERDITA anche in assenza di tali condizioni contrattuali o garanzie;

10) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO per un ASSICURATO che, pur iscritto all'Albo professionale, non abbia i requisiti richiesti dalla normativa vigente o dallo statuto del soggetto cliente dell'ASSICURATO stesso con riferimento all'incarico da questi assunto;

11) per il pregiudizio economico, i danni, oneri o esborzi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o comunque connessi a quanto qui di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o fatti che possano avervi contribuito, contestualmente o in altro momento:

I. Guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a o costituenti rivolta o colpo di stato, politica o militare;

II. Qualsiasi ATTO TERRORISTICO;

III. Eventi naturali

Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa ogni pregiudizio economico, danno, costo o esborso di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto indicato ai punti I, 2 e 3 che precedono o comunque a ciò relative.

Nel caso in cui gli ASSICURATORI affermino che, in base alla presente clausola di esclusione, qualsiasi pregiudizio economico, danno, costo o esborso non è coperto dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria incombe all'ASSICURATO. L'avventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente clausola non comporterà la nullità totale della clausola stessa, che rimarrà valida ed efficace per la parte restante.

12) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate da qualsiasi soggetto che abbia una partecipazione diretta o indiretta dell'ASSICURATO, salvo il caso in cui tali Richieste siano originate da TERZI;

13) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti direttamente o indirettamente da insolvenza o fallimento da parte dell'ASSICURATO;

14) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI derivanti da fatti non direttamente imputabili ad un obbligo di natura professionale;

15) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti dall'esercizio di attività professionale di selezione e gestione delle risorse umane (recruiting) con esclusione di quelle funzionali alla professione svolta;

16) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti direttamente o indirettamente in lusinga e diffamazione commessi dall'ASSICURATO e dalle persone che al momento del fatto erano STAFF E/O COLLABORATORI dell'ASSICURATO;

17) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti dalla presenza o dalle conseguenze, sia dirette che indirette, di muffa tossica o amianto;

18) Danni Conseguenziali, danni derivanti non dal comportamento diretto o indiretto dell'assicurato ma quelli delle perdite ad essi conseguenti (es. conseguente perdita di profitto);

19) per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti dalle pronunce emesse in seguito al ricorso ai RITI ALTERNATIVI normati nel nuovo codice di procedura penale (d.p.r. 22 settembre 1988 n. 447) sono escluse le richieste di risarcimento danni conseguenti alla chiusura di procedimenti penali passati in giudicato;

ESTENSIONI

Le seguenti estensioni sono operanti solo se specificatamente richiamate nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA e solo se il fatturato, e le eventuali altre informazioni, per tali attività sono dichiarate nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA e sempreché il fatturato per tali attività rientri nel fatturato totale. Ove non diversamente indicato ogni estensione è prestata con il LIMITE DI INDENNIZZO, FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

ESTENSIONE ALLE FUNZIONI SINDACO E REVISORE LEGALE DEI CONTI

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO attinenti società/enti indicate nell'elenco allegato al QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA da parte dei legali rappresentanti delle stesse società/enti, di soci, TERZI e/o creditori sociali, causate, connesse o conseguenti a qualsiasi ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO e/o da un membro del suo STAFF E/O COLLABORATORE (autorizzato dall'ASSICURATO)

- Nell'espletamento degli incarichi di sindaco assunti in conformità degli artt. 2397-2409, 2409 bis (sindaco revisore) 2477 (sindaco o sindaco revisore in srl), 2543 (sindaco cooperative) del Codice Civile e delle leggi vigenti;
- Nell'espletamento degli incarichi di revisore legale ai sensi D.Lgs. 39/2010 e s.m.i in società assunti in conformità degli artt. 2409bis - 2409 sexies del Codice Civile e delle leggi vigenti, in società cooperative (artt. 2511 - 2548 c.c.), associazioni riconosciute (d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) e fondazioni riconosciute (art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i. L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.);

La garanzia è prestata con il LIMITE D'INDENNIZZO, e FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. In presenza di eventuali altre coperture per lo stesso rischio la presente POLIZZA opererà in secondo.

Dall'estensione restano escluse:

- i) le società che siano state oggetto di procedura liquidativa, di procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F., ecc. prima della data di effetto della presente POLIZZA, salvo per:
 - incarichi accettati per la prima volta in società dopo la data in cui le stesse sono state poste in liquidazione, o procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F.;
 - incarichi accettati per la prima volta in società poste in liquidazione volontaria;
- ii) le società che, alla data di decorrenza della presente POLIZZA, risultino con un capitale sociale (o fondo di dotazione per le associazioni riconosciute - d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i. - e fondazioni riconosciute - art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2446 c.c. per SpA, 2482 bis c.c. per Srl), incluse le società cooperative, oppure ridotto di di sotto del minimo legale (stabilito dall'art 2447 c.c., per le SpA e dall'art. 2482 ter c.c. per le Srl), oppure, per le società cooperative, al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale di costituzione, oppure, per le associazioni riconosciute (d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) e fondazioni riconosciute (art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) del fondo di dotazione di costituzione.
- iii) le RICHIESTE DI RISARCIMENTO promosse direttamente od indirettamente contro l'ASSICURATO, da Società/Enti in cui lo stesso abbia un interesse finanziario (quote, azioni, obbligazioni, ecc.) o dalle quale sia stato revocato; in tal caso la copertura si intende cessata automaticamente alla data di revoca.

S'intendono compresi gli eventuali nuovi incarichi assunti, fermo quanto previsto e normale nel precedente paragrafo i). S'intendono compresi gli incarichi cessati durante il PERIODO D'ASSICURAZIONE, nonché gli incarichi cessati precedentemente al PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché rientranti nel PERIODO DI RETROATTIVITÀ concesso e purché rientranti nell'ambito della copertura di precedenti POLIZZE rinnovate di anno in anno con i medesimi ASSICURATORI tramite U.J.A. srl. Si intendono comunque esclusi gli incarichi ricoperti presso le società sottoposte alle procedure di cui al precedente punto i).

ESTENSIONE ALLE FUNZIONI DI AMMINISTRATORE (membro del c.d.a.)

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO di società/enti indicate nell'elenco allegato al QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA di soci, TERZI e/o creditori sociali, causate, connesse o conseguenti a qualsiasi ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO

- Quote componente del Consiglio di Amministrazione in società, in conformità agli artt. 2380-2395 (SpA), 2475-2476 c.c. (Srl), 2542 c.c. (società cooperative), in associazioni riconosciute (d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.), in fondazioni riconosciute (art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i. L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni

bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.).

La presente estensione vale sempreché detta funzione venga svolta nell'adempimento di un incarico professionale con esclusione, comunque, di qualsiasi compartimento, atto ad omissione riconducibile alla gestione della società e quindi del rischio di impresa.

La garanzia è prestata con il LIMITE D'INDENNIZZO, e FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. In presenza di eventuali altre coperture per lo stesso rischio la presente POLIZZA opererà in secondo.

Dall'estensione restano escluse:

- i) le società che siano state oggetto di procedura liquidativa, di procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F., ecc. prima della data di effetto della presente POLIZZA, salvo per:
 - incarichi accettati per la prima volta in società dopo la data in cui le stesse sono state poste in liquidazione, o procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F.;
 - incarichi accettati per la prima volta in società poste in liquidazione volontaria;
- ii) le società che, alla data di decorrenza della presente POLIZZA, risultino con un capitale sociale (o fondo di dotazione per le associazioni riconosciute - d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i. - e fondazioni riconosciute - art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie); d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2446 c.c. per SpA, 2482 bis c.c. per Srl), incluse le società cooperative, oppure ridotto al di sotto del minimo legale (stabilito dall'art. 2447 c.c., per le SpA e dall'art. 2482 ter c.c. per le Srl), oppure, per le società cooperative, al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale di costituzione, oppure, per le associazioni riconosciute (d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) e fondazioni riconosciute (art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) del fondo di dotazione di costituzione.
- iii) le RICHIESTE DI RISARCIMENTO promosse direttamente od indirettamente contro l'ASSICURATO, da Società/Enti in cui lo stesso abbia un interesse finanziario (quote, azioni, obbligazioni, ecc.) o dalle quale sia stato revocato; in tal caso la copertura si intende cessata automaticamente alla data di revoca.

S'intendono compresi gli eventuali nuovi incarichi assunti, fermo quanto previsto e normato nel precedente paragrafo i). S'intendono compresi gli incarichi cessati durante il PERIODO D'ASSICURAZIONE, nonché gli incarichi cessati precedentemente al PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché rientranti nel PERIODO DI RETROATTIVITÀ concesso e purché rientranti nell'ambito della copertura di precedenti POLIZZE rinnovate di anno in anno con i medesimi ASSICURATORI tramite U.I.A. srl. Si intendono comunque esclusi gli incarichi ricoperti presso le società sottoposte alle procedure di cui al precedente punto i).

ESTENSIONE MEMBRO DI ORGANISMO DI VIGILANZA

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO, attinenti società/enti indicate nell'elenco allegato al QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA da parte dei legali rappresentanti delle stesse società/enti, di soci, TERZI e/o creditori sociali, causate, connesse o conseguenti a qualsiasi ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO

- Nell'espletamento dell'incarico di membro dell'Organo di Vigilanza, assunto in conformità del D.Lgs. 231/2001 e s.m.i., in società, in società cooperative, in associazioni riconosciute, fondazioni riconosciute,

La garanzia opera entro il LIMITE DI INDENNIZZO e con FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. In presenza di eventuali altre coperture per lo stesso rischio la presente POLIZZA opererà in secondo.

La presente estensione è valida a condizione che il fatturato relativo dichiarato nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA rientri nei limiti indicati nel CERTIFICATO.

Dall'estensione restano escluse:

- i) le società/enti che siano state oggetto di procedura liquidativa, di procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F., ecc. prima della data di effetto della presente POLIZZA. Salvo per:
 - incarichi accettati per la prima volta in società dopo la data in cui le stesse sono state poste in liquidazione, o procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e successive modifiche e integrazioni) quali le procedure concorsuali (ad esempio il fallimento, il concordato preventivo, la liquidazione coatta amministrativa, l'amministrazione straordinaria, l'amministrazione straordinaria speciale, l'amministrazione controllata), i piani di ristrutturazione ex all'art. 67, co. 3, lett. d) L.F.;
 - incarichi accettati per la prima volta in società poste in liquidazione volontaria;

- ii) le società che, alla data di decorrenza della presente POLIZZA, risultino con un capitale sociale (o fondo di dotazione per le associazioni riconosciute - d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i. - e fondazioni riconosciute - art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2446 c.c. per SpA, 2482 bis c.c. per Srl), incluse le società cooperative, oppure ridotto al di sotto del minimo legale (stabilito dall'art 2447 c.c., per le SpA e dall'art. 2482 ter c.c. per le Srl), oppure, per le società cooperative, al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale di costituzione, oppure, per le associazioni riconosciute (d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) e fondazioni riconosciute (art. 4 del d.lgs. n. 153/1999 e s.m.i., L. 218 30 luglio 1990 (fondazioni bancarie) e s.m.i., d.p.r. 2 agosto 2002, n. 217 e s.m.i. (fondazioni bancarie), d.p.r. n. 361/2000, art. 1 e 7 e s.m.i., d.p.r. n. 616/1977 e s.m.i.) del fondo di dotazione di costituzione.
- iii) le RICHIESTE DI RISARCIMENTO promosse direttamente od indirettamente contro l'ASSICURATO, da Società/Enti in cui lo stesso abbia un interesse finanziario (quote, azioni, obbligazioni, ecc.) o dalle quale sia stato revocato; in tal caso la copertura si intende cessata automaticamente alla data di revoca.

S'intendono compresi gli eventuali nuovi incarichi assunti, fermo quanto previsto e normato nel precedente paragrafo i). S'intendono compresi gli incarichi cessati durante il PERIODO D'ASSICURAZIONE, nonché gli incarichi cessati precedentemente al PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché rientranti nel PERIODO DI RETROATTIVITÀ concesso e purché rientranti nell'ambito della copertura di precedenti POLIZZE rinnovate di anno in anno con i medesimi ASSICURATORI tramite U.I.A. srl. Si intendono comunque esclusi gli incarichi ricoperti presso le società sottoposte alle procedure di cui al precedente punto ii).

ESTENSIONE MEMBRO DI ORGANISMO DI COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRA INDEBITAMENTO

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di Membro di Organismo di composizione della crisi da sovraindebitamento come normato in conformità alla Legge n. 3 del 27 Gennaio 2012 e s.m.i.

AMMINISTRATORE DI STABILI E CONDOMINI

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di amministratore di stabili e condomini indicati nell'elenco allegato al QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA.

La garanzia opera entro il LIMITE DI INDENNIZZO e con FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. In presenza di eventuali altre coperture per lo stesso rischio la presente POLIZZA opererà in secondo.

Le attività coperte sono tutte quelle regolate dal codice civile (art. 1129) e dalle leggi o regolamenti e usi vigenti che disciplinano l'attività di amministratore di condomini e di immobili.

S'intendono compresi gli eventuali nuovi incarichi assunti; S'intendono compresi gli incarichi cessati durante il PERIODO D'ASSICURAZIONE, nonché gli incarichi cessati precedentemente al PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché rientranti nell'ambito della copertura di precedenti POLIZZE rinnovate di anno in anno con i medesimi ASSICURATORI tramite U.I.A. srl.

ESTENSIONE ATTESTATORE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di attestatore come normato in conformità alla L.F. (R.D. 16 marzo 1942 n. 267 e s.m.i.), artt. 161, 182 bis (concordato preventivo e accordi di ristrutturazione dei debiti), art. 67, comma 3, lett. d. (piani di risanamento attestati), L. 134/2012 e s.m.i.

ESTENSIONE LIQUIDATORE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di liquidatore.

ESTENSIONE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di Amministratore di Sostegno ex LEGGE 9 gennaio 2004, n. 6.

ESTENSIONI SEMPRE OPERANTI SE DICHIARATE NEL QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA.

ESTENSIONE AD ATTIVITA' DI FUSIONE E ACQUISIZIONI

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO in relazione all'attività di consulente per l'acquisizione e/o fusione societaria.

La presente estensione è valida a condizione che il fatturato relativo dichiarato nel QUESTIONARIO/MODULO DI

PROPOSTA rientri nei limiti indicati nel CERTIFICATO.

ESTENSIONE ALL'ATTIVITA' DI PERITO DEL TRIBUNALE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO in relazione ad incarichi conferiti dall'Autorità Giudiziarla nella qualità di Perito del Tribunale.

ESTENSIONE A FUNZIONI SVOLTE DAVANTI ALLE COMMISSIONI TRIBUTARIE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO in qualità di Giudice, membro delle Commissioni Tributarie e per le funzioni di rappresentanza ed assistenza del contribuente davanti alle medesime.

ESTENSIONE ATTIVITA' DI LIBERA DOCENZA

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di libero docente.

ESTENSIONE CURATORE, COMMISSARIO

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di curatore, commissario.

ESTENSIONE ATTIVITA' DI DELEGATO ALLE VENDITE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di delegato alle vendite.

Le seguenti estensioni sono sempre operanti. Ove non diversamente indicato ogni estensione è prestata con il LIMITE DI INDENNIZZO, FRANCHIGIA O SCOPERTO indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

ESTENSIONE ALLA ATTIVITA' DI CONCILIAZIONE/MEDIAZIONE

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti dalla attività di conciliatore/mediatore svolta secondo i dispositivi legislativi che normano l'attività. La garanzia opera entro il LIMITE DI INDENNIZZO e con FRANCHIGIA indicati nel CERTIFICATO.

ESTENSIONE RC CONDUZIONE DELLO STUDIO

Ad integrazione/deroga di quanto previsto dalle condizioni generali e particolari di polizza resta convenuto che la presente polizza viene estesa alla copertura della Responsabilità Civile dell'ASSICURATO per danni cagionati a terzi e derivanti dalla negligenza dell'assicurato e danni ad esso ascrivibili nella gestione e conduzione dei locali, presso i quali viene svolta l'attività professionale oggetto dell'ASSICURAZIONE.

Sono comunque esclusi dalla copertura i danni derivanti da o attribuibili a:

1. Lavori di manutenzione straordinaria
2. Attività non direttamente riconducibili all'attività professionale oggetto dell'ASSICURAZIONE
3. Installazione o manutenzione di insegne
4. Qualsiasi dipendente dell'ASSICURATO (ivi inclusi i soci e amministratori dell'ASSICURATO)
5. Qualsiasi inquinamento o contaminazione dell'aria dell'acqua e del suolo

Relativamente alla sopra indicata copertura, gli ASSICURATORI non risponderanno per somme in eccesso all'importo indicato nella SCHEDA DI COPERTURA per singolo sinistro e in aggregato per il periodo dell'assicurazione, quale sottolimito di risarcimento d'intende compreso nel massimale di polizza indicato nella SCHEDA DI COPERTURA e non in aggiunta ad esso.

ESTENSIONE AD INTERRUZIONE E SOSPENSIONE DI ATTIVITA'

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alla Responsabilità Civile di cui l'ASSICURATO può essere ritenuto responsabile per ogni PERDITA conseguente ad atti illeciti commessi dall'ASSICURATO e da cui derivano l'interruzione o sospensione, totale o parziale delle attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi di TERZI. Il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO per la presente estensione è quello specificatamente indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

ESTENSIONE CODICE PRIVACY

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alla Responsabilità Civile di cui l'ASSICURATO può essere ritenuto responsabile per ogni PERDITA causata a TERZI, compresi i clienti, in conseguenza dell'errato trattamento di dati personali, (D.lgs. 30/06/2003 n. 196, ex art. 15 primo comma, danni cagionati per effetto

del trattamento) o comunque ricollegabili all'errata consulenza in materia di Privacy. Per trattamento dei dati personali si comprendono le operazioni di: raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione.

La garanzia opera entro il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA ed è esclusa in caso di ATTO ILLECITO continuato.

ESTENSIONE DECRETO LEGISLATIVO N.81 9/4/08

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alla Responsabilità Civile di cui l'ASSICURATO può essere ritenuto responsabile per ogni PERDITA causata a TERZI, compresi i clienti, in conseguenza degli incarichi assunti ai sensi del D.L. 09/04/08 n. 81 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, Rappresentante per la sicurezza) ed in materia di sicurezza e di salute nei cantieri temporanei o mobili (Responsabile dei lavori, Coordinatore per la progettazione, Coordinatore per l'esecuzione dei lavori). Sono escluse tutte le sanzioni di natura fiscale inflitte direttamente all'ASSICURATO.

La garanzia opera con un sottolimito pari a 1/4 del LIMITE DI INDENNIZZO indicato in SCHEDA DI COPERTURA con uno scoperto pari al 10% con il minimo di € 2.500,00 ed è esclusa in caso di ATTO ILLECITO continuato.

ESTENSIONE ATTIVITA' DI NEGOZIAZIONE ASSISTITA

La presente POLIZZA, fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, si intende estesa alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti ad ATTI ILLECITI commessi dall'ASSICURATO nella sua attività di assistenza nelle procedure di negoziazione assistita.

CONDIZIONI RELATIVE AL PERIODO DI RETROATTIVITA'

La retroattività si intende illimitata.

CONDIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Resta fra le parti inteso che sono operative le seguenti condizioni:

A. Polizza emessa in nome e per conto di un singolo ASSICURATO

1) In caso di morte dell'ASSICURATO e nel caso in cui il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dagli eredi dell'ASSICURATO presso un diverso ASSICURATORE, gli stessi avranno diritto ad un periodo di 10 anni seguente la data del mancato rinnovo per la notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento purché lo stesso sia avvenuto in vigenza di polizza.

2) Fermo quanto previsto sub 1), è inoltre facoltà dell'ASSICURATO, solo in caso di cessazione definitiva dell'attività, salvo i casi di cessazione del rapporto per radiazione o sospensione dall'Albo professionale che verranno valutati singolarmente, lo stesso avrà diritto ad un periodo di 10 anni seguente la data del mancato rinnovo per la notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento purché lo stesso sia avvenuto in vigenza di polizza e il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato presso un diverso ASSICURATORE.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

B. Polizza emessa in nome e per conto di un'Associazione Professionale, di uno Studio Associato o di una Società

2) In caso di scioglimento, volontaria cessazione dell'attività, assorbimento o fusione dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società, volontaria o forzata messa in liquidazione della Società, cessione di un ramo d'azienda ad un TERZO, nel caso in cui il contratto non venga rinnovato da entrambe le parti e/o un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dall'ASSICURATO o dai suoi eredi presso un diverso ASSICURATORE, l'ASSICURATO gli stessi avranno diritto ad un periodo di 10 anni seguente la data del mancato rinnovo per la notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento purché lo stesso sia avvenuto in vigenza di polizza.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

SMARRIMENTO DI DOCUMENTI

Qualora l'ASSICURATO scopra durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE od il "MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO" come definiti nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA che documenti quali: atti, testamenti, contratti, planimetrie, mappe, evidenze contabili, libri contabili, lettere, certificati, supporti dati per elaboratori elettronici, moduli e documenti e quant'altro di simile scritti a mano o stampati o riprodotti in qualsivoglia forma la cui custodia era stata affidata all'ASSICURATO od ai suoi predecessori o a TERZI dagli stessi incaricati od anche solamente ritenuti affidati all'ASSICURATO od ai suoi predecessori sono stati distrutti o danneggiati o persi o smarriti e dopo diligente ricerca non possono più essere reperiti, gli ASSICURATORI terranno indenne l'ASSICURATO per:

a) ogni responsabilità legale nella quale l'ASSICURATO stesso è incorso nei confronti di qualsivoglia persona per il fatto che tali documenti sono stati distrutti, danneggiati, persi o smarriti;

b) i costi e le spese di qualsivoglia natura sopportati dall'ASSICURATO nel sostituire o restaurare tali documenti a condizione che egli fornisca quale prova le fatture o ricevute di tali COSTI o SPESE.

Si precisa che nei limiti previsti dalla presente polizza e per responsabilità derivanti da richieste di risarcimento e per quanto l'assicurato sia o possa essere civilmente responsabile, la garanzia prevista è operante anche per la custodia di documenti, somme di denaro, titoli e valori ricevuti in deposito.

PENALITA' FISCALI

A maggior chiarimento delle condizioni di POLIZZA si precisa che - salvo il caso di applicazione diretta della sanzione all'ASSICURATO - il presente contratto terrà indenne quest'ultimo dalle RICHIESTE DI RISARCIMENTO presentate dai propri Clienti in conseguenza di sanzioni fiscali ad essi comminate che siano riconducibili ad atti colposi commessi dal professionista nello svolgimento di incarichi professionali retribuiti.

OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporaneamente delimitata nel presente MODULO/SCHEDE DI COPERTURA:

a) L'ASSICURATO - a pena di decadenza parziale o totale del diritto all'indennizzo ai sensi della presente POLIZZA - deve dare agli ASSICURATORI, tramite all'INTERMEDIARIO, comunicazione scritta entro 10 giorni di:

I. Qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO a lui presentata;

II. Qualsiasi intenzione formalizzata da un TERZO di ritenere responsabile di un ATTO ILLECITO;

III. Qualsiasi CIRCOSTANZA di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza, che possa ragionevolmente dare adito ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO;

Se tale comunicazione viene effettuata dall'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE secondo quanto indicato nei precedenti punti I) e II) o nei successivi 10 giorni indipendentemente o meno dall'applicabilità del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente sarà considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE fermo restando inderogabili obblighi relativi a modalità e termine di comunicazione previsti al punto a) del presente paragrafo.

b) L'ASSICURATO deve fornire agli ASSICURATORI tutte le informazioni necessarie cooperando con gli ASSICURATORI fornendo loro tutto il supporto che potranno ragionevolmente richiedere. L'ASSICURATO si impegna a non divulgare l'esistenza ed il contenuto della presente polizza senza il consenso degli ASSICURATORI, salvo non sia diversamente disposto dalla legge.

c) I. Legali e Parti scelti dall'ASSICURATO per la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO dovranno essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI.

d) L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO o concordare l'entità oppure sostenere i COSTI E SPESE senza il consenso scritto degli ASSICURATORI. In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO si impegna a non pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI ed i diritti di valore dei medesimi.

e) Gli ASSICURATORI non potranno definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO. Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e sceglia di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo inderogabile degli ASSICURATORI per detta RICHIESTA DI RISARCIMENTO non potrà eccedere l'ammontare con il quale la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i COSTI E SPESE maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel MODULO/SCHEDE DI COPERTURA.

f) Nel caso che una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia effettivamente coperto dalla presente POLIZZA. Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI anticiperanno i COSTI E SPESE per la parte della PERDITA assicurata.

g) Gli ASSICURATORI hanno facoltà di assumere fino a quanto ne hanno interesse la gestione della vertenza, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, designando legali o tecnici. Gli ASSICURATORI, qualora assumano la gestione della vertenza, si impegnano ad anticipare i COSTI E LE SPESE sostenute anche prima della definizione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Tale anticipo di COSTI E SPESE come sopra definito, sarà restituito agli ASSICURATORI da parte dell'ASSICURATO in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'indennizzo a termine del presente contratto.

Si precisa che, qualora il fiduciario legale della Compagnia si sia costituito in giudizio per conto dell'assicurato e, al termine del giudizio intrapreso da controparte, l'organo giudicante abbia respinto le richieste attoree con contestuale condanna al pagamento delle spese legali in favore dell'ente convenuto, l'assicurato si impegna, sin da ora, a cedere il relativo credito alla Compagnia che procederà direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza.

ARBITRATO SPECIALE

Qualora le Parti concordino sulla risarcibilità della RICHIESTA DI RISARCIMENTO in base al presente contratto, gli

ASSICURATORI danno facoltà per iscritto all'ASSICURATO di proporre al TERZO danneggiato e/o alle società e/o soci e/o creditori sociali il ricorso ad un Collegio Arbitrale ai sensi dell'Art. 806 e seguenti del Codice di Procedura Civile, in luogo della giustizia ordinaria. Detta facoltà non verrà negata dagli Assicuratori senza una valida ragione. Tale Collegio sarà chiamato a decidere sulla natura dell'ATTO ILLECITO, sulle sue conseguenze e sulla quantificazione della PERDITA.

Il Collegio sarà formato da tre arbitri, uno nominato congiuntamente dall'ASSICURATO e dagli ASSICURATORI, uno dal TERZO danneggiato ed il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione ove risiede l'ASSICURATO. Gli ASSICURATORI (in nome e per conto dell'ASSICURATO) e il TERZO danneggiato risponderanno delle spettanze del proprio arbitro quelle del terzo arbitro saranno ripartite in uguale misura tra le Parti interessate.

Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

SURROGAZIONE

Per ogni pagamento effettuato a termini di questo contratto per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli ASSICURATORI si surrogheranno nei diritti di rivalsa dell'ASSICURATO per tali ammonizioni.

In tal caso l'ASSICURATO dovrà firmare tutti i necessari documenti e fare tutto quanto è necessario per formalizzare e conservare il diritto di surrogazione compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo dell'ASSICURATO.

In caso di responsabilità solidale è fatto salvo per gli ASSICURATORI il diritto di regresso nei confronti degli eventuali coresponsabili.

CASI DI CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

a) Salvo l'applicabilità del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, questa polizza cesserà con effetto immediato nel caso di:

- I. Scioglimento della Società o dell'Associazione professionale;
- II. Cessazione dell'attività;
- III. Ritiro dall'attività o morte dell'ASSICURATO;
- IV. Fusione od incorporazione della Società o dell'Associazione professionale;
- V. Messa in liquidazione anche volontaria della Società;
- VI. Cessione del ramo di azienda ad altri.

In tutti i casi predetti la garanzia è prestata nei confronti delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO e delle CIRCOSTANZE che possono dare origine ad una PERDITA dopo la data di cessazione ma esclusivamente in relazione ad ATTI ILLECITI commessi anteriormente alla data di cessazione e fino alla scadenza della POLIZZA indicata nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

b) Gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO potranno recedere dalla presente POLIZZA mediante invio di lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC, anche per il tramite dell'Intermediario, con preavviso di 90 giorni.

In questo caso se il recesso è esercitato dagli ASSICURATORI, l'ASSICURATO avrà il diritto al rimborso del PREMIO pagato e non goduto al netto delle tasse indicate nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. Se il recesso è esercitato dall'ASSICURATO il PREMIO andrà in ogni caso acquilato dagli ASSICURATORI.

Eventuale rimborso sarà corrisposto all'ASSICURATO entro 30 giorni dalla cessazione dell'ASSICURAZIONE.

c) RICHIESTE DI RISARCIMENTO fraudolente - Clausola risolutiva espressa:

qualora l'ASSICURATO sia complice o provochi dolosamente RICHIESTA DI RISARCIMENTO falso o fraudolento riguardo ad una PERDITA, esageri dolosamente l'ammontare del danno e/o dichiari fatti non rispondenti al vero, produca documenti falsi, occulti prove ovvero agevoli illecitamente gli intenti fraudolenti ai TERZI egli perderà il diritto ad ogni indennizzo ed il presente contratto sarà automaticamente risolto senza alcuna restituzione di PREMIO, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI all'invia contro l'ASSICURATO per indennizzi già effettuati.

d) Diritto di recesso in caso di vendita o distanza: in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata o/r d'URTA al Corso Sempione 61 20149 Milano. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

RINNOVO AUTOMATICO

La presente POLIZZA in mancanza di disdetta, effettuata mediante qualsiasi forma di comunicazione scritta ed indirizzata entro e non oltre 30 giorni prima della data di scadenza della POLIZZA viene rinnovata automaticamente per un ulteriore PERIODO DI ASSICURAZIONE di 2 mesi. La presente operatività è condizionata al ricevimento del relativo modulo che attesti:

- a) Nessuna variazione anagrafica del rischio;
- b) Variazione degli indici consolidati (negativo/positivo) nell'ordine del 10 per cento;
- c) Che non si siano verificate nuove circostanze e/o sinistri;
- d) Allegare indicazioni di eventuali circostanze/sinistri verificatisi precedentemente anche se già segnalati;

Intervenute modifiche del rischio o al verificarsi di un sinistro e/o circostanza, escludono automaticamente l'operatività della presente clausola.

CONTINUOUS COVER

Fermo restando quanto presente nel testo di polizza, nel caso in cui l'assicurato sia venuto a conoscenza, prima della decorrenza della presente polizza, di fatti o circostanze che avrebbero potuto dare adito a un sinistro, e non abbia provveduto prima della decorrenza della presente polizza o al momento della compilazione del proposal form che forma parte integrante del presente contratto, a denunciare all'allora assicuratore tali fatti o circostanze, gli Assicuratori si impegnano, subordinatamente ai termini e alle condizioni della presente polizza, ad indennizzare l'assicurato relativamente a qualsiasi richiesta di risarcimento derivante da tali fatti o circostanze, e avanzata contro l'assicurato nel corso del periodo di validità della presente polizza, a condizioni che:

- a) l'indennamento da parte dell'assicurato dell'obbligo a suo carico di denunciare agli Assicuratori tali fatti o circostanze e la mancata dichiarazione da parte dell'assicurato, in relazione a tali fatti o circostanze non siano dovuti a dolo o colpa grave; e
- b) dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta dei fatti o circostanze sopra specificate e fino al momento della notifica del sinistro agli Assicuratori, l'assicurato fosse ininterrottamente coperto da assicurazioni di sensi di polizza di assicurazione della responsabilità civile professionale; e
- c) gli Assicuratori si riservino la facoltà di ridurre il risarcimento dovuto ai termini di polizza in proporzione ad eventuali pregiudizi ad essi arrecati dalla mancata comunicazione da parte dell'assicurato, prima della decorrenza della presente polizza, dei fatti o delle circostanze che danno adito al sinistro.

Tutti gli altri termini e condizioni rimangono invariati.

Sezione B

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Dichiarazioni relative alle CIRCOSTANZE del rischio.

Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni dell'ASSICURATO, il quale è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'ASSICURATO relative a CIRCOSTANZE tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dalle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, i quali prevedono il totale o parziale decadimento del diritto all'indennizzo.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.

2. Altri contratti con altri assicuratori.

L'ASSICURATO deve comunicare per iscritto agli ASSICURATORI l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO deve darne avviso a tutti gli ASSICURATORI comunicando a ciascuno il nome degli altri [Art. 1910 del Codice Civile].

Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, questo contratto opererà a 2° rischio, cioè per l'eccedenza dei LIMITI DI INDENNIZZO rispetto alla copertura delle altre POLIZZE assicurative.

3. Pagamento del PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Ove previsto, il PREMIO potrà essere pagato dagli ASSICURATORI tramite l'INTERMEDIARIO. Il pagamento del PREMIO eseguito in buona fede all'INTERMEDIARIO si considera effettuato direttamente agli ASSICURATORI ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Se l'ASSICURATO non paga il PREMIO o le rate di PREMIO successive, 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 [Art. 1901 C.C.].

Se il premio non è pagato all'ufficio del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's in Milano, oppure al corrispondente dei Lloyd's che gestisce il contratto, entro 15 giorni dalla data in cui è dovuto, gli Assicuratori hanno diritto di annullare il contratto dalla data di inizio.

4. Modifiche / Cessione della POLIZZA.

Le eventuali modifiche o cessioni dei diritti ed interessi della presente Assicurazione saranno considerate valide solo se dichiarate per iscritto dall'ASSICURATO e accettate dagli ASSICURATORI con relativa emissione di una appendice alla POLIZZA.

5. Aggravamento del rischio.

L'ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni aggravamento o cambiamento del rischio entro 10 giorni dalla conoscenza della condizione. Gli aggravamenti o cambiamenti al rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'ASSICURATORE dal contratto. [Art. 1898 del Codice Civile].

6. Diminuzione del rischio.

Nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI si impegnano a ridurre il PREMIO nella successiva annualità [Art.

1897 del Codice Civile).

7. Pagamento Dell'incennizzo.

Valutata la PERDITA, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione, gli ASSICURATORI provvederanno al pagamento di quanto loro compete entro 45 giorni dalla firma dell'atto di liquidazione consensuale tra le Parti.

8. Oneri Fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'ASSICURATO.

9. Foro competente

Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

10. Rinvio alle norme di Legge.

Per tutto quanto non è diversamente regolato valgono le norme di Legge italiana in materia.

11. Estensione Territoriale.

L'Assicurazione vale, nei termini, limiti di responsabilità, condizioni, esclusioni e limitazioni del presente contratto, per le PERDITE originarie da ATTI ILLECITI posti in essere nel territorio con i limiti indicati nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

12. Elezione di domicilio.

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli ASSICURATORI eleggono domicilio presso:

Vittorio Scala
Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia
Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano
T: +39 02 6378881 - F: +39 02 63788850

13. Clausola broker (OPERANTE ESCLUSIVAMENTE SE L'INTERMEDIARIO OPERI IN SEZIONE B DEL RUI)

Con la sottoscrizione della presente POLIZZA l'ASSICURATO/CONTRAENTE conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA di rappresentarlo ai fini della presente POLIZZA.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata al CONTRAENTE/ASSICURATO;

b) ogni comunicazione effettuata dal broker del CONTRAENTE/ASSICURATO a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dal CONTRAENTE/ASSICURATO stesso.

Gli ASSICURATORI conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente POLIZZA.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli ASSICURATORI;

b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli ASSICURATORI.

14. Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni

Nessun (ri) assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri) assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe il (ri) assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

15. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano dei Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 68
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

 **Il Contraente**

U.I.A. SRL

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Sezione A

Oggetto dell'Assicurazione - Obbligazione temporale dell'Assicuratore (Claims Made - Retroattività)

Definizioni

Esclusioni

Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

Arbitrato speciale

Surrogazione

Casi di cessazione dell'Assicurazione

Sezione B - Condizioni Generali di Assicurazione

1. Dichiarazioni relative alle Circostanze del rischio
2. Altri contratti con altri assicuratori
3. Pagamento del Premio
4. Modifiche/Cessione della polizza
5. Aggravamento del rischio
6. Diminuzione del rischio
7. Pagamento dell'indennizzo
8. Oneri fiscali
9. Foro competente
10. Rinvio alle norme di legge
11. Estensione territoriale
12. Elezione di domicilio
13. Clausola broker (se operante)
14. Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni

 **Il Contraente**

U.I.A. SRL

GLOSSARIO

(Le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Sindacato:

È definito Sindacato il membro del Lloyd's o il gruppo di membri del Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" dei Lloyd's;

Bilanci del membri:

L'utile/ (la perdita) da distribuire/ (da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dal) membri dei Lloyd's;

Consumatore:

È la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Fondi del membri presso i Lloyd's:

I fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

Claims made - Retroattività:

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori.

Questionario/Modulo di proposta:

Il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del premio di polizza; le dichiarazioni in esso contenute integrano il contratto. È obbligo dell'assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il Fascicolo informativo, redatto a sensi dei Regolamenti vigenti, è parte del contratto.

Modulo/Scheda Di Copertura:

Il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Contraente:

Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Assicurato:

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicuratore:

Il membro o membri del Lloyd's, che hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione e, in caso di coassicurazione, le imprese di assicurazione menzionate nel Contratto di Assicurazione;

Terzo:

Qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'Assicurato o dai suoi dipendenti.

Il termine Terzo esclude:

- a) il coniuge (che non sia legalmente separato), i genitori, i figli e qualsiasi altro familiare che risieda con l'Assicurato;
- b) Le imprese o Società di cui l'Assicurato sia titolare o controllare o di cui sia direttamente od indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal Codice Civile italiano;
- c) I Collaboratori dell'Assicurato nonché le persone che sono con questi in rapporti di parentela come previsto al punto a) di questa definizione.

Richiesta di risarcimento:

- a) qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali nei confronti dell'Assicurato, oppure
 - b) qualsiasi contestazione scritta che presupponga un Atto Illecito inviata all'Assicurato.
- Più Richieste di Risarcimento contestuali riferite o riconducibili al medesimo Atto Illecito, anche se costituissero Perdite a più soggetti reclamanti, saranno considerate un'unica Richiesta di Risarcimento soggetta, in questo caso, ad un unico Limite di Indennizzo ed ad un unico Scoperto o Franchigia.

Sinistro:

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

Atto illecito:

- a) qualsiasi effettivo o presunto atto colposo, infrazione di obblighi, errori, dichiarazioni inesatte, omissioni, compiuti dall'Assicurato o da un membro del suo staff e/o collaboratori.
 - b) qualsiasi effettivo o presunto atto doloso o fraudolento che provochi una perdita a terzi compiuto da un membro dello staff e/o collaboratori dell'Assicurato.
- Eventuali atti illeciti commessi, continuati, ripetuti o collegati nella loro causa costituiranno un singolo atto illecito.

Polizza/Contratto d' Assicurazione:

Il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati.

Circostanza:

- a) qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una Richiesta di Risarcimento nei confronti di un Assicurato;
- b) qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta di un Assicurato, da cui possa trarne origine una Richiesta di Risarcimento;
- c) qualsiasi errore, omissione, atto o fatto di cui un Assicurato sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo ad una Richiesta di Risarcimento nei suoi confronti;
- d) un'intimazione dell'intenzione di avanzare una Richiesta di Risarcimento nei confronti di qualsiasi Assicurato;
- e) qualsiasi specifica e conosciuta critica, qualsiasi disputa diretta od indiretta (anche se non motivata) espressa od implicita, relativa alla prestazione di qualsiasi Assicurato o di un soggetto di cui Contraente sia responsabile, che possa dar luogo ad una Perdita o un danno a Terzi;
- f) qualsiasi atto, documento ufficiale, lettera di diffida che contenga un'istanza di risarcimento e/o un espresso riferimento ad uno o più Assicurati.

Periodo di assicurazione:

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa, indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.

Perdita:

- a) l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze o transazioni cui l'Assicurato sia tenuto per legge;
- b) i Costi e Spese sostenuti da un Terzo che l'Assicurato sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale;
- c) i Costi e Spese (soggette alla definizione che segue) sostenute dall'Assicurato con il consenso scritto degli Assicuratori nella attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'Assicurato per Responsabilità Civile.

Costi e spese:

- a) tutti i costi e le spese necessarie, ragionevolmente sostenute da o in nome e per conto dell'Assicurato derivanti dall'investigazione e/o dalla difesa e/o dalla gestione e/o dalla transazione di una Richiesta di Risarcimento, ivi compresi anche i relativi giudizi di impugnazione, previo il preventivo consenso scritto degli Assicuratori. Costi e Spese non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri compensi ed indennità dell'Assicurato e/o dei suoi Collaboratori.
 - b) L'indennizzo per i compensi di Avvocati ai sensi della presente Polizza non potrà eccedere le tariffe professionali in vigore applicabili, salvo diverso accordo con gli Assicuratori.
 - c) I Costi e le Spese, come previsto all'art. 1917 del Codice Civile, sono limitati al 25% dei Limiti di Indennizzo indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA e sono corrisposti in aggiunta agli stessi.
- Detti Costi e Spese non sono soggetti all'applicazione di alcuna Franchigia o Scoperto. Non saranno considerate Costi e Spese le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli Assicuratori.

Periodo di retroattività:

Il periodo di tempo antecedente la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione, indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. Gli Assicuratori riterranno valide le Richieste di Risarcimento denunciate per la prima volta dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione o il Maggior Periodo per la Notifica delle Richieste di Risarcimento, in conseguenza di Atti illeciti perpetrati o che si presuma siano stati perpetrati, individualmente o collettivamente, entro detto Periodo di Retroattività. Il Limite di Indennizzo indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA non s'intende in alcun modo aumentato per effetto di questa estensione.

Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento:

Il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del Periodo di Assicurazione indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, durante il quale l'Assicurato ha il diritto di notificare Richieste di Risarcimento per Atti illeciti commessi o che si presuma siano stati commessi, individualmente o collettivamente, durante il Periodo di

Assicurazione indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA e durante il Periodo di Retroattività.

Premio:

Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Limite d'indennizzo/Massimale:

L'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione;

Sottolimite:

L'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio; tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

Franchigia:

Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Scoperto:

Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso;

Atti terroristici:

A titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici, religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa.

Sostanze inquinanti:

Qualsiasi sostanza irritante o contaminante, solida, liquida, gassosa o termale (compresi a titolo esemplificativo e non limitativo: fumo, vapori, fuliggini, acidi, prodotti chimici e rifiuti). Nel termine rifiuti sono compresi a titolo esemplificativo e non limitativo: materiali riciclati, revisionati e riconvertiti.

Staff e/o collaboratori:

Qualsiasi persona fisica che opera, ha operato od opererà per conto dell'Assicurato in qualità di dipendente, praticante, apprendista, studente, ausiliario giudiziario, sostituto d'udienza, collaboratore, consulente, corrispondente, italiano od estero; a tempo pieno o part-time, in periodo di formazione, per incarichi sostitutivi, per incarichi temporanei con l'Assicurato nello svolgimento delle attività previste nell'oggetto dell'assicurazione.

Intermediario: Colui che, iscritto al Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione, mette a disposizione del pubblico la propria competenza tecnica e svolge stabilmente in forma professionale ed autonoma l'incarico di provvedere, a proprio rischio e spese, con compenso in tutto o in parte a provvigioni, alla gestione ed allo sviluppo degli affari assicurativi.

Danni corporali: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.

Danni materiali: il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).

MODULO DI PROPOSTA

RC PROFESSIONALE AVVOCATI

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) e Sezione _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto in caso di singolo professionista 350.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € Massimale richiesto in caso di studio: 1.000.000,00 € per sinistro e 2.000.000 € per anno
 2.000.000,00 € per sinistro e 4.000.000 € per anno
 5.000.000,00 € per sinistro e 10.000.000 € per anno

4. Rinnovo Automatico Si No

5. Continuous Cover Si No

6. Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento (postuma): 10 anni

7. Periodo di retroattività richiesta: Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

8. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

9. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire dettagli

10. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

11. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Si No

Se sì, fornire dettagli

12. A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Sì No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Sì No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Sì No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Sì No

Se sì, fornire dettagli _____

B) La società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. - art. 2482 ter c.c. ?
 Sì No

Se sì indicare il vecchio capitale _____ e il nuovo capitale _____

SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA:		
<input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale	€	€
<input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie		
<input type="checkbox"/> Attività di libera docenza		
<input type="checkbox"/> Curatore, Commissario		
<input type="checkbox"/> Mediatori/Conciliazione		
Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco		
<input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti (ALLEGARE NOMINATIVI E SETTORI MERCEOLOGICI DELLE SOCIETÀ)	€	€
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore Membro del C.D.A. (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	€	€
<input type="checkbox"/> Delegato alle vendite	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati _____ Numero di Super Condomini amministrati _____	€	€
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Altro specificare su foglio separato:	€	€
TOTALE	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)? Sì No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

Data _____

Nome e funzione di chi firma _____

Timbro e firma _____

IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le

persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- di non aver sottocluso alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

ALLEGATO N°1 - NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compileratore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ___/___/___, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

HDI

HDI Global SE

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5, 20143 Milano

HDI

Contratto di Assicurazione

- Infortuni -

Il presente Fascicolo Informativo (Edizione N. 03/2017) contenente la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto o, dove prevista, della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Pag. 1/24

HDI Global SE
Sede in Hannover (Germania)
Capitale Sociale Euro 125.000.000
di cui versato Euro 125.000.000
www.hdi.global

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Franco Russoli, 5 - 20143 Milano
Tel. +39 02 831131
Registro Imprese di Milano n.03295070159
R.E.A. n.827040
Codice Fiscale/Partita IVA 03295070159

Impresa autorizzata all'esercizio
dalle Assicurazioni con Decreto del
Ministero dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato del 05/07/1973
(G.U. 31/07/1973 n.186)



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO di ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota Informativa si articola in quattro Sezioni:

- A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione;
- B. Informazioni sul Contratto;
- C. Informazioni sulle Procedure Liquidative e sui Reclami;
- D. Glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il Contratto è stipulato con HDI Global SE, Rappresentanza Generale per l'Italia, Impresa avente Sede Legale in un altro Stato membro (corrente in Hannover, HDI-Platz 1, CAP 30659, Germania), ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento e iscritta nel relativo Elenco I allegato dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. I.00005, con sede della Rappresentanza Generale in Italia in Via F. Russoli 5 - 20143 Milano, Tel. +39 02-83113 - Fax +39 02-83113.201 - C.F./P. IVA 03295070159.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto (oos) come risultante a seguito dell'approvazione del bilancio 2012) è di € 406,5 milioni di cui per capitale sociale € 125 milioni interamente versato e per riserve patrimoniali € 281,5 milioni.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La polizza è soggetta a facito rinnovo.

Avvertenza:

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente.

Si rinvia all'Art. 9 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".



3. Coperture Assicurative offerte - Limitazioni ed Esclusioni

Il contratto prevede coperture assicurative in caso di Infortuni. Sono effettivamente operanti solo le coperture assicurative per le quali sono richiamate in polizza le relative somme ed i relativi premi.

Il contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- **Invalidità permanente per Infortunio**, meglio descritta e disciplinata negli Artt. 1, 4 e 6 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- **morte per infortunio**, meglio descritta e disciplinata negli Artt. 1 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Tali coperture sono operanti durante lo svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza e/o di ogni altra attività di carattere non professionale, come indicato dall'Art. 1.2 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

La copertura infortunio può essere operante, se richiamata in polizza, anche per la garanzia **inabilità temporanea**, meglio descritta e disciplinata nell'Art. 7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza:

La polizza prevede specifiche Esclusioni, Limitazioni, fattispecie di Inassicurabilità e Sospensioni di Garanzia.

Per le limitazioni e i rischi esclusi si rinvia agli Artt. 1.3, 1.4, 4 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI"

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 paranoidi.

Di conseguenza, l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni (si rinvia all'Art. 1.7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" per gli aspetti di dettaglio).

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. In caso di mancato pagamento del premio, o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento (si rinvia all'Art. 2 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE" per gli aspetti di dettaglio).

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, come pure durante i periodi di aspettative non retribuiti, l'assicurazione resta sospesa. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI".



Avvertenza:

Il contratto può prevedere franchigie, scoperti, sottolimiti di somme assicurate, limiti territoriali operanti sempre o in determinate situazioni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti Articoli:

- Art. 13 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE";
- Artt. 1,3, 2, 6, 7 e 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI";
- Artt. 2, 3, 6, 7, 8, 9 e 10 delle "CONDIZIONI PARTICOLARI".

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie:

Garanzia Invalidità Permanente

Capitale assicurato: € 1.000.000,00 su cui calcolare la percentuale di indennizzo

Franchigie operanti: 0% sulla parte di somma assicurata fino ad € 250.000,00

5% sulla parte di somma assicurata da € 250.000,00 fino ad € 600.000,00

10% sulla parte di somma assicurata oltre € 600.000,00

Liquidazione dell'indennizzo:

Somma Assicurata (EUR)	Franchigia (%)	Importo Liquidato (%)	Importo effettivo (EUR) per una Invalidità Permanente del 15%
Da 0 a € 250.000,00	0%	15% - 0% = <u>15% di € 250.000,00</u>	€ 37.500,00
Da € 250.000,00 ad € 600.000,00	5%	15% - 5% = <u>10% di € 350.000,00</u>	€ 35.000,00
Oltre € 600.000,00	10%	15% - 10% = <u>5% di € 400.000,00</u> * per raggiungere € 1 milione	€ 20.000,00
<u>Totale Liquidazione</u>			€ 92.500,00



Garanzia Inabilità Temporanea

Somma assicurata: € 150,00 giornalieri

Franchigie e sottolimiti operanti: 7 giorni

Durata Inabilità Temporanea: massimo 360 giorni

Liquidazione dell'indennizzo:

Somma Assicurata (EUR / giorno)	Franchigia (giorni)	Importo Liquidato (giorni)	Importo effettivo (EUR) per una Inabilità Temporanea di 15 giorni
€ 150,00 / giorno	7 giorni	15 giorni - 7 giorni = <u>8 giorni</u>	€ 1.200,00

Avvertenza:

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.6 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI".

4. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza:

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché nella cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (si rinvia all'Art. 1 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", agli Artt. 1 e 4 della Sezione C "ASSICURAZIONE DEI DIRIGENTI" e alla Sezione "DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO" per gli aspetti di dettaglio).

5. Nullità e scioglimento del contratto

Avvertenza:

Ai sensi dell'Art. 1895 del Codice Civile il contratto di assicurazione è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

Ai sensi dell'Art. 1896 del Codice Civile il contratto di assicurazione si scioglie se dopo la conclusione del contratto stesso il rischio cessa di esistere.

HDI

6. Aggravamento e Diminuzione del Rischio; Variazioni nella professione dell'Assicurato / degli Assicurati o nella persona del Contraente; Alienazione dell'Azienda

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione dell'Assicurato / degli Assicurati.

La mancata comunicazione scritta alla Società di circostanze che determinano un aggravamento del rischio, rispetto alla situazione rappresentata all'atto della stipulazione della polizza, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero la cessazione dell'assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio, la Società, laddove ricorrano i presupposti di cui all'Art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 6 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie:

Perdita parziale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata: Geometra (senza accesso a cantieri e ponteggi)

Attività svolta al momento del sinistro: Geometra (con accesso a cantieri e ponteggi)

Percentuale di indennizzo riconosciuta: 75% (per aggravamento del rischio non comunicato)

Perdita totale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata: Muratore

Attività svolta al momento del sinistro: Minatore

Percentuale di indennizzo riconosciuta: Nessun indennizzo (attività non assicurabile)

Ogni variazione del Contraente (sia esso persona fisica o Società) così come l'alienazione dell'Azienda del Contraente deve essere comunicata alla Società (si vedano per gli aspetti di dettaglio gli Artt. 4 e 5 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

7. Premi e Forme di Pagamento previste

I premi devono essere pagati alle rispettive scadenze.

La Società o gli Intermediari incaricati possono ricevere dal Contraente, a titolo di pagamento del premio:

- Ordini di bonifico bancario o postale che abbiano quale beneficiario la Società oppure l'Intermediario incaricato, espressamente in tale qualità.



Si rinvia alla Sezione "PREMIO E CONTEGGIO DEL PREMIO", nonché all'Art. 2 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE" e alla Sezione "DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO".

Si possono concordare le seguenti modalità di pagamento del premio:

- in un'unica rata annuale;

oppure

- in due rate semestrali.
In questo caso potrà essere applicato un aumento del premio (3%).

In caso di frazionamento semestrale del premio, rimane fermo l'obbligo per il Contraente di corrispondere l'intera annualità assicurativa.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio annuo è determinato in funzione della composizione della collettività di riferimento, della somma assicurata e dell'attività professionale svolta al momento della decorrenza delle garanzie. Alla data di ricorrenza annuale della polizza, l'importo del premio sarà modificato da parte della Società in funzione della variata composizione della collettività assicurata.

Si rinvia all'Art. 6 della Sezione B "ASSICURAZIONE IN BASE AI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI" per gli aspetti di dettaglio.

9. Rivalse

Avvertenza:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infornuto (per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 10 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI").

10. Diritto di recesso

Avvertenza:

Le Parti possono disdettare il contratto comunicando tale decisione all'altra parte tramite lettera raccomandata che deve essere spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale; diversamente, il contratto si intende prorogato per ulteriori 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente (si rinvia all'Art. 9 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

Per la copertura infornuti è prevista la facoltà, sia per il Contraente sia per la Società, di recedere dal contratto in caso di sinistro, con preavviso di 30 (trenta) giorni. In caso di contratto di durata pluriennale, il Contraente ha la facoltà di recedere, trascorso un quinquennio, senza oneri e con preavviso di 60 (sessanta) giorni (si rinvia all'Art. 8 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

Si vedano inoltre gli Art. 4, 5 e 6 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

PRESCRIZIONE: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

DECADENZA:

Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, l'inadempimento doloso dell'obbligo di avviso o di salvataggio comporta la perdita del diritto all'indennità assicurativa.

12. Legge applicabile al contratto

Il contratto è assoggettato alla Legge Italiana. Ai sensi dell'Art. 180 del Decreto Legislativo n. 209 del 2005, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad 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 (si rinvia all'Art. 12 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

13. Regime fiscale

Ai premi si applica l'Imposta Governativa, che attualmente ammonta al 2,5%.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente (si rinvia all'Art. 10 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", e alla Sezione "PREMIO E CONTEGGIO DEL PREMIO").

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza:

Si precisa che il momento di insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'evento assicurato, e che sono previste specifiche modalità e termini per la denuncia del sinistro. **Il mancato rispetto dei termini di denuncia di sinistro alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.** La denuncia di sinistro deve essere effettuata per iscritto alla Società o all'Intermediario incaricato (si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 7 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", e agli Art. 3 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI").

Avvertenza:

Nel caso di designazione di un collegio di tre medici, ai sensi dell'Art. 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", l'Assicurato dovrà sostenere le spese e remunerare in proprio il medico da questi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze richieste dal terzo medico.



15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio Clienti - **Sig. Paolo Bernardinello** c/o **HDI Global SE** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via F. Russoli 5 - 20143 Milano, o al numero di fax 02-83.113.200, indicando i seguenti dati:

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- **nome, cognome e domicilio del reclamante;**
- **denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato;**
- **breve descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.**

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

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/atoz_en.htm

In relazione alle controversie riguardanti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria (si rinvia in ogni caso alla lettura dell'Art. 11 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE"), oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16. Controversie - Arbitrato

Eventuali controversie sull'assicurabilità delle persone, ai sensi dell'Art. 1.7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico ad un Collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il Comune dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla Residenza dell'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" per gli aspetti di dettaglio.

HDI

Avvertenza:

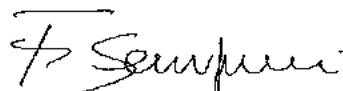
Il ricorso all'arbitrato è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

HDI Global SE

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5, 20143 Milano

HDI Global SE - Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il legale rappresentante
Ing. Francesco SEMPRINI



HDI

CONVENZIONE UNDERWRITING INSURANCE AGENCY – AVVOCATI

La Società in base alle Condizioni Generali e Particolari, ed alle Dichiarazioni del Contraente assicura il pagamento delle somme indicate per gli infortuni derivanti alle persone indicate nello

ELENCO DELLE PERSONE e SOMME ASSICURATE.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- per "**Appendice**": il documento che prova variazioni dell'assicurazione o regolazione del premio;
- per "**Assicurato**": il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti, ovvero ciascun membro dell'Associazione Contraente il quale abbia aderito alla presente polizza, tramite sottoscrizione del modulo di adesione, previo pagamento del relativo premio all'atto dell'adesione e dei singoli rinnovi;
- per "**Assicurazione**": il contratto di assicurazione e il suo contenuto;
- per "**Beneficiario**": gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- per "**Certificato di Assicurazione**": il singolo documento contenente i dati di ogni Assicurato e della relativa copertura assicurativa;
- per "**Contraente**": il soggetto che stipula l'assicurazione e che assume gli obblighi da essa derivanti, ovvero il soggetto che stipula la Convenzione Assicurativa, il quale può identificarsi con l'Assicurato;
- per "**Convenzione Assicurativa**": il contratto stipulato tra la Società ed il Contraente, che sottoscrive nell'interesse dei propri associati;
- per "**Franchigia**": parte del danno risarcibile, stabilita contrattualmente ed espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato;
- per "**Inabilità temporanea**": la temporanea incapacità generica lavorativa, anche parziale, dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata;
- per "**Indennizzo, Indennità o rimborso**": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per "**Invalità permanente**": la perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata;
- per "**Malattie Professionali**": le malattie professionali riconosciute dal D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124 e successive modificazioni, e di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non siano una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente stato morboso noto all'Assicurato;
- per "**Parti**": il Contraente e/o l'Assicurato e la Società;
- per "**Perdita di un arto o di un organo**": perdita anatomica, ovvero perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'arto o dell'organo;
- per "**Polizza**": il documento che prova l'Assicurazione;
- per "**Premio**": la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione;
- per "**Rischio**": la possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "**Scoperto**": parte del danno risarcibile, stabilita contrattualmente ed espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato;
- per "**Sinistro**": il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "**Società**": l'impresa assicuratrice.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI 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, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

2. 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 i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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'intermediario abilitato, al quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

4. VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Nel caso di successione nella persona del Contraente o, qualora si tratti di Società, di fusione, semplice o per incorporazione della stessa o di sua messa in liquidazione, i successori o il Contraente devono comunicare, entro il termine di 15 giorni dal suo verificarsi, l'evento alla Società, alla quale è riconosciuta la facoltà di recedere dal contratto nei 30 giorni successivi, con efficacia decorrente dal 15° giorno successivo al ricevimento della comunicazione di recesso.

5. ALIENAZIONE DELL'AZIENDA

In caso di alienazione dell'azienda il Contraente, fermo restando l'obbligo del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve darne comunicazione alla Società e comunicare altresì all'acquirente l'esistenza del contratto di assicurazione. L'assicurazione, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso questo termine, l'assicurazione cessa se l'acquirente non ha dichiarato di voler subentrare nel contratto. La Società, nei 30 giorni dalla dichiarazione dell'acquirente, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

6. MUTAMENTI DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni mutamento del rischio. I mutamenti del rischio sono regolati dagli Artt. 1896, 1897, 1898 del Codice Civile.



7. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

(vedi anche Art. 3 della Sezione A. "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni")

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro **10 giorni** da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

8. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tale caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Nel caso di contratti di durata pluriennale, ferma la facoltà bilaterale di recesso dopo ogni sinistro, l'Assicurato, trascorso un quinquennio, può recedere dal contratto senza oneri, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stata esercitata la facoltà di recesso.

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 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente.

10. ONERI FISCALI

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

11. FORO COMPETENTE

Foro Competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo dove ha sede l'intermediario abilitato cui è assegnata la polizza.

12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non regolato dalla presente polizza, valgono le norme della legge italiana, salvo che il rischio sia ubicato in altri Stati, e in tal caso si applica quanto previsto dall'Art. 180 del D. Lgs. N. 209 del 2005.

13. LIMITAZIONE DELLA COPERTURA PER EVENTUALI SANZIONI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire copertura assicurativa, o a soddisfare richieste di risarcimento, o a garantire pagamenti o indennizzi sulla base del presente contratto, qualora tale copertura, richiesta di risarcimento, pagamento o indennizzo possano in alcun modo esporre la Società stessa a sanzioni, divieti o restrizioni imposti dalle Nazioni Unite o da sanzioni economiche o commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o di uno dei suoi Stati Membri, del Regno Unito, o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE A: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato **infortunio** l'evento dovuto a **causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.**

1.2. L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- **delle attività professionali principali e secondarie dichiarate (vedi dichiarazione nel frontespizio di polizza);**
- **di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.**

1.3. Sono compresi in garanzia ed equiparati a tutti gli effetti di polizza ad infortunio, anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzo, **esclusi gli infarti e le ernie;** sono invece comprese le ernie di origine traumatica;
- g) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, nonché gli infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da **abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;**
- h) gli infortuni derivanti da colpa grave;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) gli infortuni derivanti da aggressioni, rapine e sequestri di persona;
- m) le conseguenze di irradiazioni rese necessarie da infortunio in garanzia;
- n) gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà;
- o) le morsicature, le punture e le ustioni da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) **conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;**
- p) gli infortuni dovuti ad uso non pacifico di materiali chimici e biologici, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva. Tale estensione è prestata fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento pari ad € 5.000.000,00, per sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate in questa e altre polizze in corso con l'Infrascritta Società. Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le Indennità spettanti saranno proporzionalmente ridotte.

1.4. RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), e di mezzi subacquei, salvo quanto previsto dal Rischio Volo;
- d) dalla pratica di qualsiasi attività sportiva, anche se svolta a carattere ricreativo;
- e) dalle scalate di roccia superiori al 3° grado, dal paracadutismo anche acrobatico e/o dagli sport aerei in genere, compresa la pratica di volo a vela, mongolfiera, parapendio e dalla pratica del bungee Jumping;
- f) da ubriachezza alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezioni, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti;
- l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alle lettere a), d) ed e) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

1.5. SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio o rata di premio successiva all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

1.6. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

1.7. 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.



ANCHE LE NORME CHE SEGUONO PARTECIPANO ALLA DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E DEL RISCHIO ASSICURATO.

2. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

3. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. 7 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni in Generale", 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, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

4. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'Indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggiore pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal successivo Art. 6 della presente Sezione. L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

5. MORTE

5.1. 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.

5.2. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

5.3. 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 e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

5.4. In caso di sentenza dichiarativa di morte presunta ai sensi dell'Art. 60, N. 3, Cod. Civ., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) sia stata fatta denuncia del sinistro alla Società entro 180 giorni da quello a cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) siano stati interrotti dagli aventi diritto i termini di prescrizione fissati dal Codice Civile;
- c) possa ragionevolmente desumersi dalla sentenza predetta che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Ove si sia trattato di infortunio di cui alla Condizione Particolare "Rischio Volo", ove richiamata, valgono le disposizioni del Codice della Navigazione (Art. 838/211 e 212). La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari che dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta e degli interessi.

6. INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, un'indennità calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella All. 1 alla D.P.R. 30.06.1965 N. 1124, senza applicazione delle franchigie relative previste dal citato D.P.R.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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%. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di Invalidità Permanente non specificati nella tabella sopra richiamata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita 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 minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente. In caso di accertato manichismo, le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro, e viceversa.

7. RIMBORSO SPESE DI CURA

La Società autorizza il rimborso delle spese di cura rese necessarie da Infortunio Indennizzabile ai sensi della polizza e sostenute per onorari medici e chirurgici, per rette di degenza in istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, accertamenti diagnostici, terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), trasporto in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio.

L'onere a carico della Società per le spese relative alle terapie fisiche, ai medicinali ed alle cure termali non può superare € 1.550,00 per sinistro, per anno e per Assicurato.

Sono escluse dall'assicurazione le spese relative all'acquisto, alla manutenzione ed alla riparazione di apparecchi protesici e terapeutici nonché quelle relative alle cure dentarie.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi, fino a concorrenza di un massimo di € 2.000,00 per sinistro e anno assicurativo. Il rimborso verrà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 75,00 per evento Annuo

Se l'Assicurato fruisce di assistenza sanitaria sociale, la garanzia, fino alla concorrenza della somma assicurata, è prestata per la parte di spesa non sostenuta dall'Ente assistenziale.

8. INDENNITA' GIORNALIERA DI INGESSATURA

Se in conseguenza dell'Infortunio all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura specificata nell'Certificato di Polizza a partire dal decimo giorno successivo alla data di applicazione per un periodo massimo di giorni 45 fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante.

9. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi del precedente Art. 1.7, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità Permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza, 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 dove 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. E' 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 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.

Resta inteso che è comunque facoltà delle Parti rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

10. TERMINE DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte, non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;
- b) in caso di invalidità permanente, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle Parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di inabilità temporanea, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle Parti in merito all'importo dovuto.

11. DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 Cod. Civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si richiamano come operanti tutte le "Condizioni" e le "Esclusioni" di polizza, per le Parti qui non espressamente derogate.

1. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione é prestata a favore degli Assicurati indicati nel Frontespizio di polizza.

2. SOMME ASSICURATE E/O MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

Le somme assicurate e/o i multipli delle retribuzioni sono indicati nel Frontespizio di polizza.

3. FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione degli infortuni con postumi di invalidità permanente verrà fatta con le seguenti modalità:

Non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando la stessa sia di grado pari o inferiore al 7% della totale; se l'invalidità permanente supererà il 7 % della totale, verrà corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale la Società liquiderà l'indennità dovuta senza deduzione di alcuna franchigia.

4. ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'Art. 1.7 della Sezione A, Il Contraente é esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione, o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 4 della Sezione A.

5. RINUNCIA ALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni.

6. SINISTRI CATASTROFALI

A parziale deroga dell'Art. 1.4.i.) della Sezione A, sono compresi in garanzia anche gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti. In questi casi, e nel caso di evento che provochi infortunio contemporaneamente a più persone assicurate, la massima esposizione della Società non può superare € 6.000.000,00 tra questa e altre polizze che gli Assicurati avessero in corso con l'infrascritta Società, fermo l'Art. 1.3.p) della Sezione A.

Nei'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le indennità spettanti saranno proporzionalmente ridotte.

7. RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'Art. 1.4.1.) della Sezione A, sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non) o insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto gli Assicurati risultino sorpresi dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trovano all'Estero, restando esclusi gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

8. RISCHIO VOLO

8.1 L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dagli Assicurati quali passeggeri trasportati su velivoli a motore autorizzati all'esercizio di traffico aereo civile, anche se i velivoli sono di proprietà di ditte o privati, purché condotti da piloti regolarmente abilitati, o su velivoli a motore militari impiegati per il trasporto di passeggeri o civili in occasione di voli su territori dotati di regolare assistenza al traffico aereo.

8.2 Qualora più Assicurati utilizzino il medesimo velivolo e la somma assicurata complessiva determinata dall'addizione delle somme previste per i singoli Assicurati superi € 2.500.000,00 per il caso morte e € 3.000.000,00 per il caso di invalidità permanente assoluta, va dato avviso alla Società almeno tre giorni prima dell'inizio del volo. In mancanza di copertura aggiuntiva da parte della Società per le somme che superino gli importi suindicati, tali importi valgono come esborso massimo a carico della Società e verranno ripartiti tra i singoli Assicurati in proporzione delle somme assicurate previste in polizza.

9. DANNO ESTETICO

Qualora l'infortunio abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti Indennizzabile in forza del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese di natura medica sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno, fino a concorrenza di € 2.600,00 per evento ed anno.

10. ESTENSIONE DELLA GARANZIA ALLE ERNIE DA SFORZO

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempreché quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni, sempreché in polizza sia prevista un'indennità per l'inabilità temporanea;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 8 della Sezione A.

11. ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, sommersione, naufragio, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.



HDI Global SE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5 - 20143 Milano

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI:

Al sensi dell'art. 13 e del Titolo IX del DLGS 30.06.2003 N. 196 (in seguito denominata LEGGE) ed in relazione ai dati personali comuni e sensibili (di seguito definiti DATI PERSONALI) che si intendono trattare, La/Vi informiamo di quanto segue:

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Il trattamento

- a) E' diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) Può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa

2) MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- a) E' realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) E' effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) E' svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento;

3) CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) Obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad es., antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) Strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla liquidazione dei sinistri
- c) Facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4) RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali

- a) Nei casi di cui al punto 3), lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) Nel caso in cui al punto 3), lett. c) non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5) COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1) lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti ed autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo;

IVASS, Ministero dell'Industria, del commercio dell'Artigianato; CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria ed ai competenti Uffici dell'Autorità legislativa, amministrativa e di controllo della Repubblica Federale Tedesca.

b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il titolo II della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: la Società firmataria della presente informativa nella persona del legale rappresentante.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi degli articoli 20-23-24-26-37-43-44-4576 e del Titolo IX del DLGS 30.06.2003 N. 196,

ACCONSENSO/IAMO

- al trattamento dei dati personali sia comuni che sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con al Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge, restando stabilito che per agente, subagente, produttore d'agenzia, mediatore di assicurazione, qui si intende unicamente l'intermediario cui ho/abbiamo affidato la gestione dei nostri rapporti assicurativi
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE ed extra UE)

.....ACCONSENSO/IAMO (☒)

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b) della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE ed extra UE)

☒ (ove l'interessato non intenda dare il proprio consenso a questa parte, si prega di scrivere NON prima della parola acconsento/acconsentiamo)

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

L'INTERESSATO _____

HDI

Il Contraente / Assicurato dichiara di avere preso visione della presente Nota Informativa, comprensiva del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione, costituenti il Fascicolo Informativo "Contratto di Assicurazione Infortuni - Ed. N. 03/2017".

Milano, 29/03/2017

per presa visione

IL CONTRAENTE / ASSICURATO

(timbro e firma del Contraente / Assicurato)

HDI

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 24/03/2017

Contratto di Assicurazione Infortuni - Ed. N. 03/2017

HDI Global SE
Sede in Hannover (Germania)
Capitale Sociale Euro 125.000.000
di cui versato Euro 125.000.000
www.hdi.global

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Franco Russell, 5 - 20143 Milano
Tel. +39 02 831131
Registro Imprese di Milano n.03295070159
R.E.A. n.827040
Codice Fiscale/Partita IVA 03295070159

Impresa autorizzata all'esercizio
delle Assicurazioni con Decreto del
Ministero dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato del 05/07/1973
(G.U. 31/07/1973 n.196)