AmTrust *Accident*
WHITE COLLAR

Contratto di Assicurazione per gli infortuni

Il presente Set Informativo contiene:

- **Glossario**
- **Condizioni di assicurazione;**

Il presente Set Informativo, contenente Glossario e Condizioni di assicurazione e deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Edizione Dicembre 2018.

AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Glossario

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il presente contratto di Assicurazione.
BENEFICIARIO	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.
CONTRAENTE	Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.
ESTERO	Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.
FAMILIARE DIRETTO	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.
FRANCHIGIA	Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	E' considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INTERMEDIARIO	il Broker o l'Agente regolarmente iscritto al relativo Albo professionale;
INVALIDITA' PERMANENTE	perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell' Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
OSPEDALE-ISTITUTO DI CURA	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.
PAESE DI RESIDENZA PRINCIPALE	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione.
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
RICOVERO	La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il sinistro.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETÀ'	AMTRUST INTERNATIONAL UNDERWRITING

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Indice

Capitolo 1 – Definizioni

Capitolo 2 – Oggetto dell'assicurazione

- Articolo 1 – Oggetto della copertura assicurativa
- Articolo 2 – Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille
- Articolo 3 – Esclusioni

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

- Articolo 4 – Morte da infortunio
- Articolo 5 – Morte presunta
- Articolo 6 – Invalidità permanente da infortunio
- Articolo 7 – Cumulo di indennizzi
- Articolo 8 – Criteri di indennizzabilità
- Articolo 9 – Persone non assicurabili – Limiti di età
- Articolo 10 – Limiti territoriali
- Articolo 11 – Limiti di risarcimento
- Articolo 12 – Rischio volo

Capitolo 4 – Condizioni aggiuntive *(sempre operanti)*

- Articolo 13 – Rimborso Spese mediche da infortunio
- Articolo 14 – Malattie tropicali
- Articolo 15 – Danni estetici
- Articolo 16 – Rischio guerra
- Articolo 17 – Rimborso spese funerarie
- Articolo 18 – Rimpatrio salma
- Articolo 19 – Commorienza
- Articolo 20 – Stato di coma
- Articolo 21 – Anticipo indennizzo
- Articolo 22 – Costi di salvataggio e ricerca
- Articolo 23 – Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane
- Articolo 24 – Infortuni conseguenti a rapine, vandalismo e aggressioni in genere
- Articolo 25 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari
- Articolo 26 – Attività temerarie
- Articolo 27 – Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio
- Articolo 28 – Altre Assicurazioni

Capitolo 5 – Condizioni particolari – Polizze Cumulative *(valide per le polizze cumulative e solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)*

- A. Eventi aziendali
- B. Clausola dirigenti
- C. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni
- D. Aspettativa
- E. Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali
- F. Limitazione delle garanzie agli infortuni extra professionali
- G. Invalidità permanente da malattia

Capitolo 6 – Condizioni particolari – Polizze Individuali *(valide per le polizze individuali e solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)*

- H. Altre Assicurazioni
- I. Franchigia per la garanzia Invalidità permanente,
- J. Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio

Capitolo 7 – Condizioni particolari – Polizze Cumulative ed Individuali *(valide sia per le polizze cumulative che per le polizze individuali, ma solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)*

- K. Indennità da gessatura
- L. Diaria da ricovero a seguito di infortunio
- M. Diaria da inabilità temporanea da infortunio
- N. Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)
- O. Deroga tacito rinnovo

Capitolo 8 – Denuncia di sinistro (sempre operanti)

- Articolo 29 – Denuncia di sinistro – Obblighi relativi
- Articolo 30 – Prova
- Articolo 31 – Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro

Capitolo 9 – Norme che regolano l'assicurazione (sempre operanti)

- Articolo 32 – Pagamento del premio
- Articolo 33 – Regolazione del premio
- Articolo 34 – Rinnovo del contratto
- Articolo 35 – Recesso in caso di sinistro
- Articolo 36 – Forma delle comunicazioni
- Articolo 37 – Variazioni del rischio
- Articolo 38 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato
- Articolo 39 – Clausola broker
- Articolo 40 – Oneri fiscali
- Articolo 41 – Competenza territoriale
- Articolo 42 – Rinvio alle norme di legge
- Articolo 43 – Rinuncia alla rivalsa
- Articolo 44 – Buona fede
- Articolo 45 – Assicurazione per conto altrui
- Articolo 46 – Sanzioni internazionali

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – Definizioni

CAPITOLO 2 – Oggetto dell'assicurazione

Articolo 1 – Oggetto della copertura assicurativa

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Ai fini di cui ai paragrafi precedenti, le attività oggetto di copertura sono definite come segue:
a) Rischio professionale: attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza;
b) Rischio extraprofessionale: ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente;
c) Rischio carica: attività professionale connessa con l'incarico conferito agli Assicurati, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da essi ricoperto. La garanzia comprende gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il tragitto occorrente per recarsi al luogo ove sono chiamati ad espletare il loro mandato e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio.

Il c.d. **rischio *in itinere*** si intende compreso nelle attività professionali – **se non diversamente indicato -** e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000.

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi dal successivo Articolo 3, anche:

a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
d) i colpi di sole o di calore;
e) le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
f) punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
g) le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni.
h) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.
i) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
j) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi
k) la folgorazione

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali obiettivi con esito positivo.

Articolo 2 – Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille

L'Assicurazione è estesa alle conseguenze dirette delle ernie in oggetto.
Inoltre si conviene che :
- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 3% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 10% della somma assicurata.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo Articolo 31.

Nel caso in cui un infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza provochi una rottura sottocutanea del tendine di Achille la Società riconoscerà per tale lesione un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.

Articolo 3 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
b) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
d) da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da infortunio;
e) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
f) da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dal successivo Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione;
g) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito.
i) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
j) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
k) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., deltaplano, sport aerei in genere fatto salvo quanto previsto dal successivo articolo 26

CAPITOLO 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Articolo 4 – Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Articolo 5 – Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e si presume ne sia avvenuto il decesso, ma il corpo dell'Assicurato non venga rinvenuto entro un anno dalla scomparsa, o dall'arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato non escluso dalle Condizioni di Polizza, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio.
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 sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Articolo 6 – Invalidità permanente da infortunio

a) Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.
La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

b) In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.
Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

Articolo 7 – Cumulo di indennizzi

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per Invalidità Permanente.
Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. **Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi**. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

Articolo 8 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Articolo 9 – Persone non assicurabili - Limiti di età

a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso la Società rimborsa al Contraente / Assicurato, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del periodo di Assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della malattia stessa.

b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute; in assenza di specifico accordo scritto la Società restituirà i premi netti eventualmente incassati.

Articolo 10 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Articolo 11 – Limiti di risarcimento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 25.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.
In detta limitazione rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

Articolo 12 – Rischio volo

Ferma restando l'esplicita esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati esclusivamente come passeggero (ovvero non come pilota o altro 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 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.
Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

CAPITOLO 4 - Condizioni aggiuntive (sempre valide ed operanti)

Le successive Condizioni Aggiuntive si intendono sempre operanti se non espressamente derogate o abrogate.

Articolo 13 – Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza dell'importo indicato nello stato di rischio al netto di € 50,00 per evento e per persona.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Articolo 14 – Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 e successive modifiche e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.
La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Morte e € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Invalidità Permanente.
La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dalla società in contanti anziché sotto forma di rendita;
La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nella condizioni di polizza.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuato.
La Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Articolo 15 – Danni Estetici

Si conviene che in caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, **la Società rimborserà fino ad un massimo di €6.000,00= le spese documentate sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica**.

Articolo 16 – Rischio guerra

Fermo quanto previsto dall'esclusione di cui all'articolo 3, lettera f) delle presenti Condizioni di Assicurazione, la copertura è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

Articolo 17 – Rimborso spese funerarie

In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Società rimborserà le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute entro il limite massimo di € 10.000,00 per Sinistro.

Articolo 18 – Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo pari a Euro 7.500,00. Non sono indennizzabili le spese funerarie

Articolo 19 – Commorienza

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni – se conviventi ed in quanto beneficiari – sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.
Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte**.

Articolo 20 – Stato di coma

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato entra in coma certificato da un Medico, ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, la Società pagherà all'Assicurato o ai suoi Beneficiari la somma specifica indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un esborso massimo di € 10.000,00 per evento.

Articolo 21 – Anticipo indennizzo

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di €150.000,00.
Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

Articolo 22 – Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà **fino a € 25.000,00** i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

Articolo 23 – Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato sia affetto da accertata Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, con conseguente perdita di autosufficienza confermata da un Medico incaricato dalla Società, questa rimborserà le spese sostenute nel corso dei sei (6) mesi seguenti la stabilizzazione dell'Invalidità al fine di:

- attrezzare la residenza principale da lui occupata prima dell'Infortunio in modo da renderla agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia; se non è possibile attrezzare la residenza principale e se l'Infortunio costringe l'Assicurato a traslocare, la Società rimborserà i costi del trasloco nella residenza in cui avrà scelto di vivere dopo l'Infortunio;
- attrezzare il suo autoveicolo personale per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia.

Questi rimborsi saranno eseguiti dietro presentazione di documenti giustificativi ed entro il limite della somma massima di **€ 10.000,00**.

Articolo 24 – Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere

In caso gli Assicurati subiscano un Infortunio in occasione di rapine, tentate rapine, estorsioni, tentativi di sequestro, atti di vandalismo o aggressioni in genere, fermo restando le Condizioni Generali di Assicurazione, la Società corrisponderà in caso di Morte la somma assicurata aumentata del 50% e comunque entro il limite massimo di ulteriori € 100.000,00

Articolo 25 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato. A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

Articolo 26 – Attività temerarie

In caso di morte o invalidità permanente determinata da un infortunio e derivante da una delle seguenti attività:

a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
b) speleologia;
c) immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità

si applica un sottolimite pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di €100.000,00, salvo che per gli assicurati aventi la qualifica di Dirigenti, per i quali tale sottolimite non troverà applicazione.

Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

La presente clausola si intende operante solo nei riguardi degli Assicurati per le attività extraprofessionali.

Articolo 27 –Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio

In caso di invalidità permanente, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche, quando il grado di invalidità permanente accertata è superiore al 50% viene corrisposto un indennizzo paria al 100% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

Articolo 28 – Altre Assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

Capitolo 5 – Condizioni particolari – Polizze Cumulative

(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

A. Eventi aziendali

La presente estensione di copertura vale solo per gli infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali come definiti al secondo paragrafo del presente articolo, previa esplicita richiesta del Contraente. L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.
Ai fini della presente estensione di copertura vengono considerati Assicurati Addizionali le persone fisiche che partecipano ad un evento aziendale organizzato dal Contraente e non risultano già assicurati con la presente Polizza.
La presente estensione di copertura si intende valida per gli infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali mentre gli stessi partecipano all'evento aziendale organizzato dal Contraente.
Per evento aziendale si intende l'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzati dal Contraente e della durata massima di dodici ore continuative, a cui partecipano dipendenti della Contraente e di terzi (a titolo di esempio: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, etc).
La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali partecipano alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, qualsiasi tipo di attività essi svolgano purché ricomprese tra quelle previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione.
La copertura si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio con una somma assicurata di € 100.000,00 per ciascun Assicurato Addizionale, salvo quanto previsto all' Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.
Ai fini della presente estensione di copertura, a parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, è stabilito che non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, il risarcimento verrà corrisposto integralmente.
Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Società, tramite fax o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 ore prima dell'inizio dello stesso.
In caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta alla Società almeno 2 giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. La Società in questi casi si riserva il diritto di accettare le variazioni richieste confermandole per iscritto.
Per la denuncia dell'infortunio vale quanto stabilito al precedente Articolo 29 delle Condizioni di Assicurazione. Si precisa tuttavia che la Società non procederà ad alcun indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti la partecipazione all'evento della persona fisica in qualità di Assicurato Addizionale.

B. Clausola dirigenti

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di dirigente:

1) Malattie professionali

l'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R.30/06/1965 n. 1124 - per l'industria -, e successive modificazioni) che si manifestano nel corso della validità del presente Contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della somma totale. Resta confermata l'esclusione delle malattie causate dall'amianto in genere, nonché delle conseguenze dirette e indirette provocate dall'accelerazione di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente Contratto i Dirigenti, da ritenersi Assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

2) Grave Invalidità Permanente

qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire un'attività lavorativa con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

3) Sport pericolosi

l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport; si stabilisce comunque che per il paracadutismo e gli sport aerei in genere verrà applicato un sottolimite di € 100.000,00 per le garanzie Morte ed Invalidità Permanente.

C. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.
3. 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 di 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.
4. Il tasso di Premio (permille) pattuito, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1. Al Premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

D. Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio, con i criteri di cui alla precedente condizione particolare *C. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni*, che viene confermata, e che il Contraente si impegna ad integrare e a comunicare nei termini dell'Articolo 33 delle Condizioni di Assicurazione.

E. Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in Polizza.

F. Limitazione delle garanzie agli infortuni extra professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

G. Invalidità Permanente da Malattia

1. Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (**purché non compresa tra quelle indicate al successivo paragrafo 5**) che insorga nel corso del presente contratto. **La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso**.

2. Definizione di Malattia - E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.

3. Definizione di Invalidità Permanente da Malattia –E' considerata invalidità permanente la perdita totale o riduzione parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

5. Criteri di liquidazione - La garanzia viene prestata **per il capitale per persona stabilito nell'Allegato Stato di rischio per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia stabilita**.

L'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

24 % Franchigia

I.P.%		CAPITALE %
25	=	5
26	=	8
27	=	11
28	=	14
29	=	17
30	=	20
31	=	23
32	=	26
33	=	29
34	=	32

I.P.%		CAPITALE %
35/55	=	35/55
56	=	59
57	=	63
58	=	67
59	=	71
60	=	75
61	=	79
62	=	83
63	=	87
64	=	91
65	=	95
66	=	100
Oltre		100

5. Esclusioni - Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- **malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- **malattie professionali, mentali e psichiche;**
- **malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;**
- **trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;**
- **malattie da fonti radioattive e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;**
- **da guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;**
- **indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita.**

6. Limiti di età - **La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età**. senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente.

7. Denuncia della Malattia e relativi obblighi della Contraente o dell'Assicurato - **La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - all'Impresa alla quale è assegnata la polizza.**
La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.
Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la

Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata.
L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

8.Criteri di indennizzabilità - **L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici**.

9.Procedura per la liquidazione dell'indennità - Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data della denuncia della malattia e non oltre i 18 mesi dalla stessa.
Ricevuta la documentazione di cui al paragrafo 7) e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

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. del 30/06/1965 no. 1124 e successive modifiche.
Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico dell'Impresa.
In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall' Articolo 31 delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello dell'Impresa - possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.
Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

10.Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza Infortuni - **La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società.**

11.Altre assicurazioni - La Contraente è tenuta a denunciare all'Impresa l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio delle medesime persone assicurate e da essa sottoscritta. L'Impresa, entro 30 giorni dalla denuncia, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni, restituendo la parte di premio non goduta.

12.Recesso dal contratto - Fermo il diritto dell'Assicurato alla liquidazione dell'indennità ove questa gli spetti dopo ogni denuncia di malattia, **l'Impresa ha facoltà di far cessare - con preavviso di 15 giorni – la Polizza o, a scelta, la sola copertura relativa all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia di cui alle presenti Condizioni Particolari sia nei confronti della persona cui la denuncia del danno si riferisce, sia rispetto alla totalità degli Assicurati.**
In tal caso l'Impresa rimborserà il premio non goduto, in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della malattia o dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso.

13.Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni - Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.

Capitolo 6 – Condizioni particolari – Polizze Individuali *(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)*

H. Altre Assicurazioni

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente Polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'Indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra può recedere dal Contratto con un preavviso di quindici giorni.

I. Franchigia per la garanzia di invalidità permanente

- A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione si conviene che non si farà luogo a Indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al X% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 5% della totale l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 15% la Franchigia di cui sopra si intende annullata.
- Per quanto riguarda l'estensione di garanzia prevista dall'Articolo 26 è stabilito che non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale, il risarcimento viene corrisposto solo per la parte eccedente.

J. Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio

Qualora, a seguito dello stesso evento, indennizzabile ai sensi di Polizza, l'Assicurato riporti postumi invalidanti uguali o superiori al 60%, la Società corrisponderà allo stesso il 100% della somma assicurata in Polizza.

Capitolo 7 – Condizioni particolari – Polizze Cumulative ed Individuali *(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)*

K. Indennità da gessatura

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita per un periodo massimo di 30 giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o da altro apparecchio immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso da personale medico.

L. Diaria da ricovero a seguito di infortunio

La Società corrisponde agli Assicurati, in caso di ricovero a seguito di infortunio, in ospedale o casa di cura, la somma giornaliera indicata in Polizza sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di 360 giorni per ciascuna annualità assicurativa. Le prime due notti di ricovero non sono indennizzabili.
La Società effettuerà il pagamento, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o casa di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.
Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro Indennizzo di cui eventualmente fruisca l'Assicurato.

M. Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio

Se un infortunio causa l'inabilità temporanea dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, la Società pagherà il compenso giornaliero stabilito nella presente Polizza:

a) totalmente per tutto il tempo che l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua attività abituale,
b) in misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

Il compenso giornaliero per l'inabilità temporanea sarà pagato **per un massimo di 365 giorni a decorrere dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio per la categoria di Assicurati per cui è prevista la presente garanzia** e **purché il sinistro sia risarcibile sulla base di quanto descritto nella presente polizza**.
Nel caso di ritardata denuncia il compenso giornaliero sarà pagato a partire dal giorno della data di notifica ma in ogni caso non si provvederà ad alcun rimborso per notifiche fatte oltre i 90 (novanta) giorni dalla data del sinistro.
Il pagamento della diaria giornaliera cesserà immediatamente alla più vicina all'infortunio delle seguenti date:

1. dalla data in cui il trattamento per l'infortunio è considerato completato, come certificato dal documento medico emesso dal medico curante;
2. dalla data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;
3. dalla data in cui il grado di invalidità permanente dell'Assicurato può essere stabilito con precisione;
4. dalla data della morte dell'Assicurato.

N. Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Limitatamente al solo ambito professionale l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito in polizza per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. entro 5 giorni dal presunto contagio;
2. a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
3. a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 1:

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite C; verificare la nota qui sotto per l'Epatite B
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Nota: In caso di Epatite B i test che devono essere fatti dall'Assicurato dovranno essere sempre e solo 3 e quindi dopo 5 giorni, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi. Solamente in caso di esito positivo, l'Assicurato dovra consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio.

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicuratore non procederà ad alcun indennizzo.

Restano esclusi dalla copertura:

- Contagi HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima della nascita della polizza,
- Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, etc),
- Qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: Epatiti Alcoliche, epatite tossica, epatite autoimmune etc.

In caso di Contagio, l'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare all'Assicuratore il sinistro entro 15 (quindici) giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dal successivo Articolo 25. In caso di contagio per infezione da HIV o epatite cronica B o C a seguito di trasfusione di sangue, l'assicurato deve presentare uno specifico referto medico che ne specifichi

l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni.. In caso di contagio a seguito di aggressione fisica, deve essere presentata la copia della denuncia presso gli organi competenti.

O. Deroga tacito rinnovo

A deroga di quanto disposto dall'Articolo 34 delle Condizioni di Assicurazione, resta convenuto che la Polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

CAPITOLO 8 – Denuncia di sinistro

Articolo 29 – Denuncia dell'infortunio - obblighi relativi

L'Assicurato e tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne e venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato e obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilita di ricominciare il lavoro. Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters Ltd.– Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Articolo 30 – Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Articolo 31 – Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico**. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 9 – Norme che regolano l'assicurazione

Articolo 32 – Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del Contratto, i Premi lordi stabiliti dalla Polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero della Rappresentanza periferica, tramite l'Intermediario cui la Polizza è assegnata; tali documenti devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.
L'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella Polizza, se in quel momento il Premio è pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze successive.
Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di trenta giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del Premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto, fermo il diritto ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.
Il Premio è sempre determinato per un periodo di Assicurazione di un anno, salvo il caso di Contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Articolo 33 – Regolazione del premio

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di Rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito.
A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.
Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.
Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente / Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto.
Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente / Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.
Di comune accordo fra le parti si conviene che per le polizze a multipli di retribuzione nessuna appendice di regolazione premio sarà emessa nel caso in cui il relativo ammontare di premio non sia uguale o superiore a € 100,00. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che la Società modifichi quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% dell'ultimo Premio consuntivo.
In ogni caso, la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del premio pagato a deposito.

Articolo 34 – Rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno un mese prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Articolo 35 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'Assicurazione. La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.
In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di Premio netto relativa al periodo di Rischio non corso, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del Premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'Assicurazione non avrà più efficacia.

Articolo 36 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Articolo 37 – Variazioni del rischio
Il Contraente / Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio; se la variazione implica diminuzione del Rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente / Assicurato. Se la variazione implica aggravamento del Rischio, la Società ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto stesso con apposito atto di variazione.

Articolo 38 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato
La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio. Dichiarazione inesatta o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 39 – Clausola Broker
Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata, telegramma, telex, telefax o e mail, si intenderà come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Articolo 40 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 41 – Competenza territoriale
Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello ove ha sede l'Intermediario cui è affidata la gestione del Contratto.

Articolo 42– Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di legge italiana.

Articolo 43 – Rinuncia alla rivalsa
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di surroga che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 44 – Buona fede
L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge , nonché dei suoi amministratori , non pregiudicheranno questa assicurazione.
Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui al precedente Articolo 37 e 38.
Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Articolo 45 – Assicurazione per conto altrui
La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art.1891 Codice Civile.

Articolo 46 – Sanzioni Internazionali
La Società non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Società, la sua capogruppo o le sue controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Agli effetti degli Articolo 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente i seguenti Articoli:

Articolo 3 - Esclusioni

Articolo 9 – Persone non assicurabili – Limiti di età

Articolo 10 – Limiti territoriali

Articolo 11 – Limiti di risarcimento

Articolo 12 – Rischio volo

Articolo 31 – Controversie sulla natura del sinistro

Articolo 32 – Pagamento del premio

Articolo 33 – Regolazione del premio

Articolo 34 – Rinnovo del contratto

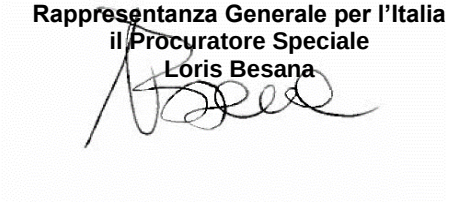
Articolo 35 – Recesso in caso di sinistro

Articolo 36 – Forma delle comunicazioni

Articolo 38 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

Articolo 41 – Competenza territoriale

La Società
AmTrust International Underwriters DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
il Procuratore Speciale
Loris Besana



Il Contraente

_____

AmTrust International Underwriters DAC
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)
Capitale Sociale e Riserve € 41.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

Contratto di Assicurazione per gli Infortuni - AmTrust Accident White Collar
Edizione Dicembre 2018.