

Contratto di Assicurazione per gli Infortuni degli Avvocati

Il Set Informativo contiene:

- Dip Danni (Documento Informativo Precontrattuale)
- Dip Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo)
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario

La documentazione che segue include altresì:

- Informativa Privacy

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Gennaio 2019



Assicurazione per gli Infortuni e Malattia degli Avvocati

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust International Underwriters DAC

Prodotto: "Protection Avvocati Plus"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è ?

Questa polizza assicura gli avvocati per gli infortuni (e se richiamata alla malattia) durante l'attività professionale (compreso il rischio in itinere) ed extra-professionale (se richiesta dal cliente). Può essere sia in forma Individuale o Cumulativa (per gruppi di avvocati).



Che cosa è assicurato ?

Le coperture assicurative offerte sono le seguenti:

- ✓ Morte da Infortunio (compresa la morte presunta, se l'Assicurato non è rinvenuto entro 1 anno dalla scomparsa), comprese le spese di rimpatrio salma (per decesso all'estero) e quelle funerarie/cremazione
- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio
- ✓ Invalidità Permanente da Malattia Tropicale (manifestata entro 90 giorni dalla scadenza di polizza), purché gli assicurati avessero praticato le profilassi previste
- ✓ Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio
- ✓ Rimborso Spese Mediche da Infortunio (comprese le spese per operazioni di chirurgia plastica rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente)
- ✓ Rimborso spese per Danni Estetici conseguenti ad Infortunio (purché non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente), comprese spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica
- ✓ Stato di coma: diaria per ogni giorno di coma conseguente ad Infortunio
- ✓ Rimborso Costi di Salvataggio e Ricerca dell'assicurato in caso di Infortunio, addebitate dai soccorritori
- ✓ Rimborso Costi (sostenuti nei 6 mesi seguenti la stabilizzazione dell'Invalidità) per adeguare l'abitazione e l'auto personali, in caso di Infortunio con perdita di autosufficienza (superiore al 30% di Invalidità permanente).

Sono considerati infortuni anche: le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti) e le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive.

Le garanzie operano anche per le conseguenze dirette di ernie traumatiche e da sforzo, e della rottura sottocutanea del tendine di Achille, nonché per Infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato o cagionati da tumulti popolari o subiti in occasione di rapine, estorsioni, sequestri, atti di vandalismo, ai quali l'Assicurato non partecipa attivamente.

La polizza opera anche in caso di guerra (per un massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità) o voli aerei (come passeggero).

Le garanzie Morte ed Invalidità Permanente operano anche per infortuni extraprofessionali durante la pratica di alpinismo (oltre il 3° grado della scala Monaco), speleologia ed immersione con autorespiratore, purché tali attività non siano remunerate (nemmeno con rimborsi spesa).

Possono essere assicurate, con pacchetti opzionali, anche le seguenti garanzie:

- Indennità (giornaliera) da gessatura
- Diaria da ricovero a seguito di Infortunio
- 3 Virus (contagio da HIV, Epatite B e C)

Possono essere assicurate (se la Polizza è in forma Cumulativa), con pacchetti opzionali, anche le seguenti garanzie:

- Eventi aziendali (Morte e IP da Infortunio per partecipanti ad eventi aziendali organizzati dal contraente)

Clausola Dirigenti (Malattie professionali, Grave Invalidità Permanente, Morte ed IP da infortunio per qualsiasi sport non professionale)
Aspettativa (la polizza opera anche per dipendenti in aspettativa, maternità, cassa integrazione, part-time)
Limitazione ad infortuni professionali
Limitazione ad infortuni extraprofessionali
Invalidità Permanente da Malattia



Che cosa non è assicurato ?

Non sono assicurati gli Infortuni derivanti da:

- ✗ uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei, o dal loro uso come membro dell'equipaggio
- ✗ stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione
- ✗ abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da infortunio
- ✗ reati dolosi dell'Assicurato
- ✗ eventi direttamente connessi allo stato di guerra, insurrezioni e simili eventi, salvo quanto previsto nella sezione "Che cosa è assicurato ?"
- ✗ arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale
- ✗ attività nucleari
- ✗ qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica
- ✗ partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- ✗ partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura
- ✗ pratica di paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salvo quanto previsto nella sezione "Che cosa è assicurato ?"
- ✗ infortuni in volo come pilota o altro membro dell'equipaggio, o su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub o del contraente o dell'assicurato

Non sono inoltre assicurati:

- ✗ le conseguenze indirette dell'infortunio (l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, così come il pregiudizio che tali condizioni possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio)
- ✗ per le persone affette da epilessia: gli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco di epilessia

La Polizza non opera inoltre:

✗ per indennizzi che comportino violazioni di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche sono escluse anche:

✗ le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica (salvo quanto previsto dalla garanzia).



Ci sono limiti di copertura ?

! Le coperture assicurative operano nei limiti delle seguenti somme assicurate (in base all'opzione scelta): da 100.000 a 400.000 euro (Morte ed Invalidità Permanente), 50 euro al dì (Diaria da Inabilità Temporanea), 2.500 o 5.000 euro (Rimborso Spese Mediche).

! Sono previsti sottolimiti e franchigie per talune garanzie riportati agli Articoli 2, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, e alle lettere A, B, D, G, I, J, K, L, M, N delle Condizioni di Assicurazione.

! La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio prevede o nessuna franchigia o l'applicazione di una franchigia del 3%, che si annulla quando il grado di Invalidità è superiore al 10%, in base alla somma assicurata e alla forma professionale o extraprofessionale. La garanzia Diaria da

Inabilità Temporanea da Infortunio prevede una franchigia di 5 o 10 giorni. Per le altre garanzie può essere prevista una franchigia riportata nella Scheda di Polizza.

! È possibile assicurare soggetti che non abbiano superato i 75 anni di età; per gli assicurati che raggiungono tale età, è possibile richiedere di rinnovare la polizza presentando certificato medico di buona salute, e previa accettazione da parte della Compagnia.

! Non sono assicurabili persone affette da alcolismo e tossicodipendenza; l'assicurazione cessa al verificarsi di tali condizioni.

! Non sono assicurabili persone affette da HIV o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa al verificarsi di tali condizioni.

! Sono indennizzate solo le conseguenze che si sarebbero avute in un soggetto integro e sano.

! Le spese di cura e quelle relative a certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

! La Morte deve essere riscontrabile entro 2 anni dall'Infortunio.



Dove vale la copertura ?

✓ L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero.

✓ L'assicurato deve avere sede legale in Italia o nella Città del Vaticano o nella Repubblica di San Marino.



Che obblighi ho ?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
- Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della polizza.
- Devi comunicare (solo per polizza individuale) per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo entro 15 giorni (da quando ne hai avuto conoscenza) alla Compagnia, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- In caso di sinistro devi immediatamente fare quanto ti è possibile per evitare o diminuire il danno (ad es. in caso di infortunio devi sottoporli immediatamente a cure mediche); diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare (solo per polizza cumulativa) alla Compagnia entro 90 giorni dalla fine del Periodo di Assicurazione, il n° degli assicurati a consuntivo, regolando il relativo premio aggiuntivo.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.



Quando e come devo pagare ?

Il premio devi pagarlo prima della data di decorrenza della polizza per l'intero anno. Il premio è comprensivo di accessori e di imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Dato che la polizza prevede il tacito rinnovo (salvo sia richiamata la deroga O), ad ogni scadenza annua dovrai pagare il premio di rinnovo. Puoi pagare il premio con assegno (bancario, postale o circolare), bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico. Non è possibile pagare in contanti.

Ai sensi dell'art. 2952 cod. civ., il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.



Quando comincia la copertura e quando finisce ?

La copertura dura un anno dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata in polizza, se pagato il premio, oppure dalla data di pagamento del premio se successiva, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato in polizza. La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale (salvo sia richiamata la deroga O), salvo che non venga inviata una disdetta da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.



Come posso disdire la polizza ?

Se sei un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto ti è stato venduto a distanza, hai tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

Se hai stipulato la polizza, e sei in prossimità della scadenza annuale, ma non vuoi rinnovarla, ricordati di inviare la disdetta alla Compagnia almeno 30 giorni prima di tale scadenza.

Puoi anche disdettare la polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

Assicurazione per gli *Infortuni e Malattia degli Avvocati*

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia



Prodotto “AmTrust Protection Avvocati Plus” – Edizione 01/2019

01/01/2019 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AmTrust International Underwriters DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici, 14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150

sito internet: www.amtrust.it; email: milan@amtrustgroup.com; PEC: amtrustsuccursaleitalia@legalmail.it

AmTrust International Underwriters DAC appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services Inc. (AFSI).

AmTrust International Underwriters DAC ha sede legale in 6-8 College Green, Dublino 2, Irlanda, D02 VP48, Tel. +353 1775 2900, Email: dublin@amtrustgroup.com ed è regolamentata e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Central Bank of Ireland (CBI). Numero di registrazione fornito dalla CBI: C33525. Questi dettagli possono essere controllati visitando il sito <http://www.centralbank.ie> o contattando la Central Bank of Ireland, Tel: +353 1 2246000.

AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia ha sede in Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

La Rappresentanza Italiana è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento, con codice IVASS Società n° D933R. L'Autorità di Vigilanza competente è la Central Bank Of Ireland.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 210 milioni di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 162 milioni di Euro.

Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrusteurope.com/en-GB/sfcr/>.

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 127 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 32 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 196 milioni di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 154%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato ?

- Le coperture “Amtrust Protection Avvocati Plus” valgono 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.
- 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.

Ad integrazione delle informazioni riportate nel Dip Danni, si precisa che:

- Sono considerati infortuni, quando non espressamente oggetto di specifiche esclusioni, anche: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze; l'annegamento, l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili o animali; le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni; gli infortuni sofferti in caso di malore o incoscienza; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; la folgorazione.
- Per cure mediche risarcibili 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.
- Sono compresi gli infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.
- **Eventi aziendali**: l'estensione di copertura si intende valida per tutti gli eventi occorsi agli Assicurati Addizionali (persone fisiche che partecipano ad un evento aziendale organizzato dal Contraente e non risultano già assicurati con la polizza) mentre gli stessi partecipano all'evento aziendale assicurato dal contraente.
- **Invalità permanente da malattia**: 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni riportate nel Dip Danni, si precisa che:

- 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.
- **Eventi aziendali**: l'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.
- **Clausola dirigenti**: resta confermata l'esclusione delle malattie causate dall'amianto in genere, nonché delle conseguenze dirette e indirette provocate dall'accelerazione di particelle atomiche.
- **Invalità Permanente da Malattia**: 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.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni riportate nel Dip Danni, si precisa che la copertura assicurativa "AmTrust Protection Avvocati" prevede le seguenti limitazioni:

- **Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille**: nel caso in cui 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.
- **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.
- **Diaria da Inabilità temporanea da infortunio**: il compenso giornaliero sarà pagato totalmente per il tempo che l'Assicurato rimarrà totalmente inabile a svolgere la sua attività abituale, in misura del 50% per il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni. Il compenso giornaliero per l'inabilità temporanea sarà pagato per un massimo di 365 giorni a decorrere dall'ottavo 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 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.

- **Indennità da ingessatura:** 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.
- **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.
- **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 complessivo per ciascun Assicurato di Euro 2.500,00 al netto di Euro 50,00 per evento e per persona.
- **Malattie Tropicali:** con riferimento alle ipotesi di malattie tropicali, 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. La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nelle 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 residuo.
- **Limiti di indennizzo:** Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 20.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati. In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti 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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Commorienza:** in tale ipotesi il massimo esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e l'applicazione della 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.
- **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.
- **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.
- **Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane:** questi rimborsi saranno eseguiti dietro presentazione di documenti giustificativi ed entro il limite della somma massima di € 10.000,00.
- **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, la Società corrisponderà in caso di Morte la somma assicurata aumentata del 50% e comunque entro il limite massimo di ulteriori € 100.000,00.
- **Attività temerarie:** In caso di morte o invalidità permanente determinata da un infortunio e derivante da alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco, speleologia o immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità, si applica un sottolimito 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 sottolimito non troverà applicazione.
- 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.
- Il Contraente / Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio.
- **Eventi Aziendali:** non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore

o pari al 3% della totale.

- **Clausola dirigenti:** Sport pericolosi- per il paracadutismo e gli sport aerei in genere verrà applicato un sottolimito di € 100.000,00 per le garanzie Morte ed Invalidità Permanente.
- **Invalidità Permanente da Malattia:** la liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia stabilita. 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. 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.
- L'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti: 24 % Franchigia

I.P.%	CAPITALE %	
		35/55 = 35/55
		56 = 59
25 = 5		57 = 63
26 = 8		58 = 67
27 = 11		59 = 71
28 = 14		60 = 75
29 = 17		61 = 79
30 = 20		62 = 83
31 = 23		63 = 87
32 = 26		64 = 91
33 = 29		65 = 95
34 = 32		66 = 100
		Oltre 100

- **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 X% della totale l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al Y% 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.
- **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.
- **Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus):** pagamento dell'Indennizzo solo in ambito professionale in caso di contagio dell'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; (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 dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio); negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3. 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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

- L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è 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 è 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'abilità di ricominciare il lavoro. Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC.- Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - In caso di morte presunta, 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. - In caso di Contagio da HIV, Epatite B o C, 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. - Eventi aziendali: per l'attivazione dell'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 o, nel caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto di regola previsto, almeno 2 giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. 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. - Invalidità Permanente da Malattia: 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 residuo 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. 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 residui se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico. 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 sottoscritte. <p>Assistenza diretta/in convenzione: non è prevista la fornitura di prestazioni direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non è prevista la gestione diretta del sinistro da parte di altre compagnie.</p> <p>Prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze; - i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare sia il mancato indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>L'Impresa si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.</p>

 <p>Quando e come devo pagare?</p>	
<p>Premio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il contratto, salva diversa pattuizione tra le parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. E' consentito il frazionamento in frazioni inferiori di anno, senza ulteriori oneri aggiuntivi, fatto salvo che il premio è comunque dovuto per l'intera annualità. - Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi di pagamento: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità,

	<p><i>intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità; sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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.</i> - <i>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 come segue: le esclusioni o inclusioni di nuovi nominativi, dovranno essere comunicate dal Contraente alla Società a mezzo lettera raccomandata, email e/o fax, indicando:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>nome, cognome, data di nascita e Codice fiscale di ogni assicurato;</i> - <i>somme da assicurare;</i> - <i>data di inclusione / esclusione dalla copertura.</i> <p><i>Al termine di ogni annualità assicurativa la Società provvederà alla regolazione del premio in base alle comunicazioni alla stessa pervenute; detto premio verrà conteggiato per l'effettivo periodo di rischio per ogni persona assicurata. 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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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.</i> - <i>Non sono previsti adeguamenti automatici del premio e delle somme assicurate.</i> - <i>Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.</i> - <i>Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.</i>
Rimborso	<p><i>In ipotesi di recesso in caso di sinistro, se esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.</i></p> <p><i>Invalità Permanente da Malattia: l'Impresa ha facoltà di far cessare - con preavviso di 15 giorni - la Polizza o, a scelta, la sola copertura relativa all'Assicurazione Invalità 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.</i></p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La polizza ha durata di 12 mesi e si rinnova automaticamente alla scadenza annuale in mancanza di disdetta inviata da una delle parti almeno un mese prima della scadenza. 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.</i> - <i>Non sono previsti periodi di carenza.</i>
Sospensione	<p><i>Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie previste nel contratto.</i></p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento	<p><i>Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dallo stesso entro un determinato</i></p>
---------------------	--

dopo la stipulazione	termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Il contratto non prevede casi in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicura gli avvocati per gli infortuni (e se richiamata alla malattia) durante l'attività professionale (compreso il rischio in itinere) ed extra-professionale (se richiesta dal cliente). Può essere sia in forma Individuale o Cumulativa (per gruppi di avvocati).



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: 22 % del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici 14, 20121 Milano – Tel. +39 0283438150 - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com.</p> <p>Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.</p> <p>Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.</p> <p>Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa proponente.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su:</p> <p>Il reclamante potrà altresì rivolgersi direttamente al sistema competente in Irlanda: Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO), Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 – Tel. +353 1 567 7000 - Email: info@fspo.ie – Sito: www.fspo.ie</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).</p>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

	<p>La Negoziazione Assistita è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente alle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>- Arbitrato 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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 – Durata della polizza e rinnovo del contratto
- ▶ Articolo 35 – Recesso in caso di sinistro
- ▶ Articolo 36 – Forma delle comunicazioni
- ▶ Articolo 37 – Variazione 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

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.
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	il documento emesso dalla Società che va a formare parte integrante della Polizza, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il premio con le relative imposte governative.
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	È 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.
SCHEDA DI POLIZZA	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'attività professionale svolta dall'Assicurato, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale ed il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETA'	AmTrust International Underwriters DAC

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 32.

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 € 20.000.000,00 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 complessivo per ciascun Assicurato di € 2.500,00 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 nelle 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 residuo.

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 sottolimito 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 sottolimito 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 difforni 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 30 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 sottolimito 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.

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 - È considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.

3. Definizione di Invalidità Permanente da Malattia – È 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.

4. 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 %	I.P.%	CAPITALE %
25	= 5	35/55	= 35/55
26	= 8	56	= 59
27	= 11	57	= 63
28	= 14	58	= 67
29	= 17	59	= 71
30	= 20	60	= 75
31	= 23	61	= 79
32	= 26	62	= 83
33	= 29	63	= 87
34	= 32	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 residuo 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 32 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 - sempreché 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 X% della totale l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al Y% 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'ottavo 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 dovrà 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 33 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 è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è 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 è 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'abilità di ricominciare il lavoro. Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC. – Rappresentanza Generale per l'Italia– Via Clerici, 14 - 20121 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 rifiuta 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

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 come di seguito indicato.

Le esclusioni o inclusioni di nuovi nominativi, dovranno essere comunicate dal Contraente alla Società a mezzo lettera raccomandata, email e/o fax, indicando:

- Nome, cognome, data di nascita e Codice fiscale di ogni assicurato;
- somme da assicurare;
- data di inclusione / esclusione dalla copertura

Al termine di ogni annualità assicurativa la Società provvederà alla regolazione del premio in base alle comunicazioni alla stessa pervenute; detto premio verrà conteggiato per l'effettivo periodo di rischio per ogni persona assicurata.

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.

Articolo 34 - Durata della polizza e rinnovo del contratto

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza.

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 denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione degli accordi tra le parti, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

È altresì convenuto che in caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione tanto il Contraente/Assicurato che la Società possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

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 36 e 37.

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.

La Società
AmTrust International Underwriters DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentate Legale
Emmanuele Netzer

Il Contraente

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 29 – Denuncia del sinistro – Obblighi relativi;

Articolo 31 – Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro

Articolo 32 – Pagamento del premio

Articolo 34 – Durata della polizza - Rinnovo

Articolo 35 – Recesso in caso di sinistro

Articolo 36 – Forma delle comunicazioni

Articolo 37 – Variazioni del rischio

Articolo 38 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

Articolo 41 – Competenza territoriale

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 "Codice Privacy" e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire le seguenti informazioni sull'attività di raccolta e di utilizzo dei dati personali ai soggetti cui si riferiscono i dati raccolti.

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati

Il Titolare del Trattamento è AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici, 14 - 20121 Milano - Partita IVA 09477630967.

E' stato individuato il Referente del DPO "Data Protection Officer" per la Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, interni o esterni, nonché Incaricati autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Un elenco completo e aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile contattando il Titolare all'indirizzo di posta elettronica info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Al fine di svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo, la Compagnia (di seguito anche "AmTrust") acquisisce i dati personali a lei riferiti, alcuni dei quali potranno esserci forniti da lei o da terzi per obbligo di legge e/o potrebbero essere già stati acquisiti o forniti da lei o da altri soggetti.

In particolare, i suoi dati verranno utilizzati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti;
- raccolta dei premi;
- liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening web;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.

3. Raccolta dei dati personali

I dati personali potranno essere ottenuti presso l'interessato, ovvero essere raccolti presso l'interessato da intermediari specializzati che provvederanno a comunicarli ad AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Titolare autonomo dei dati per il perfezionamento e la gestione della polizza assicurativa.

4. Modalità del trattamento e tempo di conservazione dei dati

I dati saranno trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza stabilite dal Codice Privacy e, con riguardo al trattamento della categoria particolare di dati, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

5. Natura del conferimento dei dati

Nell'ambito dei servizi prestati da AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, è da considerarsi come vincolante il trattamento dati personali per la finalità di cui al paragrafo 2, in quanto il trattamento dei dati è conseguenza della stipula di un contratto tra le parti.

6. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali

I dati raccolti,

- a) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati alle Società del Gruppo AmTrust.
- b) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati ai soggetti facenti parte della cosiddetta catena assicurativa quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, assicurati e terzi danneggiati, legali, consulenti, traduttori, medici fiduciari, periti; società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti.

7. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

8. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le finalità di cui al paragrafo 2, i dati personali potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali verso Paesi extra UE avverrà nel rispetto dei livelli di protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalla normativa vigente. A tal fine garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali

Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

9. Conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità descritte al paragrafo 2. che precede. Alla cessazione del rapporto assicurativo i dati saranno conservati per garantire l'esercizio dei diritti connessi al rapporto assicurativo fino al decorrere della prescrizione dei diritti stessi secondo quanto prevede la normativa vigente.

10. Diritti dell'interessato

Come previsto dall'art. 13 del GDPR, Lei in ogni momento potrà:

- a) chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- b) opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
- c) esercitare il diritto alla portabilità dei dati;
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Inoltre, in ogni momento potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dalla normativa, tra cui: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano; ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del Titolare, dei responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati; ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati, etc.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare del trattamento e al Referente del DPO a mezzo e-mail: info-privacy@amtrustgroup.com.

AmTrust International Underwriters DAC

Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00

AmTrust International Underwriters Designed Activity Company
is regulated by the Central Bank of Ireland

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Clerici, 14 - 20121 Milano

Tel: 02 8343 8150

Fax: 02 8343 8174

Email: milan@amtrustgroup.com

Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00132

Codice IVASS Impresa n° D933R

Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967

R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 2093047



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company