

Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Luglio 2021 – Ultimo Aggiornamento Luglio 2021

Il prodotto è stato redatto secondo le linee guida ANIA
"Contratti Semplici e Chiari"



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Protezione Infortuni"



AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI).

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i dipendenti di Aziende, gli associati di Associazioni e Fondazioni, Federazioni ed Enti Privati e/o Pubblici - Contraenti di Polizza - per gli infortuni subiti nell'espletamento dell'attività professionale (compreso il rischio in itinere) indicata nello Stato di rischio ed extra-professionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Morte da Infortunio:** la garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, che si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.
- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio:** la garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza l'Invalidità Permanente dell'Assicurato.

Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (sempre valide ed operanti):

- Morte presunta
- Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille
- Rischio guerra
- Rischio volo
- Malattie tropicali
- Danni estetici
- Rimborso spese funerarie
- Rimpatrio salma
- Comorienza
- Stato di coma
- Costi di salvataggio e ricerca
- Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane
- Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere
- Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari
- Clausola Dirigenti
- Attività temerarie

Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (operanti solo se accettate dalla Società):

- Eventi aziendali
- Aspettativa

Garanzie Aggiuntive Opzionali (operanti solo se indicate nello Stato di rischio e pagato il relativo sovrappremio):

- Rimborso spese mediche da Infortunio
- Invalidità Permanente da Malattia
- Indennità da gessatura
- Diaria da ricovero a seguito di Infortunio
- Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio
- Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Le coperture assicurative Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio operano entro le **Somme Assicurate indicate nello Stato di rischio.**



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi gli Infortuni derivanti da:

- ✗ Uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di 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 commessi o tentati dall'Assicurato
- ✗ Arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale
- ✗ 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, ossia le gare in cui i concorrenti debbono completare un percorso in un tempo definito, rispettando una tabella di marcia
- ✗ Sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo: per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio è prevista l'applicazione di una franchigia, indicata nello Stato di rischio
- ! L'assicurazione non è operante 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 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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.
- ✓ Qualora acquistata, la garanzia Aggiuntiva Opzionale "**Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)**" vale per il mondo intero ad eccezione di: Cuba, Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Congo, Repubblica Democratica del Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomè, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Tailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, 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 dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui, tu o i tuoi aventi diritto, ne abbiate avuto la possibilità, 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.
- Avvenuto l'infortunio, devi ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e inviare alla Società, a periodi non superiori a 30 giorni e sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni.
- Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo devi fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il Premio prima della data di decorrenza della polizza e puoi scegliere di pagare l'intero premio annuo, oppure optare per il frazionamento rateale. Il premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento rateale, dovrai pagare le rate successive alla scadenza stabilita. Dato che la polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine). Puoi pagare il premio con sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nella Scheda di Polizza. La Polizza prevede il tacito rinnovo. In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.



Come posso disdire la polizza?

L'assicurazione ha la durata prevista dalla Scheda di Polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti, quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno.

Puoi recedere dalla Polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto di liquidazione, dando un preavviso di almeno 30 giorni. Inoltre, qualora se hai acquistato la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "**Invalidità Permanente da Malattia**", può recedere dal contratto o dalla sola Garanzia Aggiuntiva Opzionale anche in corso d'anno, sia nei confronti della persona cui la denuncia si riferisce sia rispetto alla totalità degli Assicurati, dopo ogni denuncia di sinistro sulla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "**Invalidità Permanente da Malattia**" e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, con un preavviso di almeno 15 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

Assicurazione Infortuni

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



AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust Protezione Infortuni"

31/07/2021 Data di realizzazione, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI) – Italia; recapito telefonico: +39 0283438150; sito internet: www.amtrust.it; indirizzo di posta elettronica: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com; indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è iscritta al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 259.801 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a 25.659 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2024.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 181,04%.

Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato ?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Loss Occurrence**, ossia è intesa a tutelare l'Assicurato per gli Infortuni occorsi durante il periodo di efficacia del contratto, purché denunciati entro il termine di 15 giorni e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

Sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi, 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;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
- le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
- gli infortuni sofferti in stato di male od incoscienza;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- la folgorazione.

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione a fronte della sotto elencata documentazione:

- verbale di pronto soccorso redatto entro 48 h dall'evento;
- venga presentato il risultato positivo di un esame oto vestibolare successivo all'evento;
- venga accertata la rettilinizzazione del rachide cervicale evidenziabile da rx standard.

L'ampiezza dell'impegno della Società è rapportato alle Somme Assicurate indicate nello Stato di rischio e acquistate dal Contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono esclusi gli Infortuni derivanti da:

- eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale, salvo quanto previsto per l'Estensione alle Garanzie Base "Rischio Guerra", di cui all'Art. 2.2.3 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 7);
- 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;
- 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 dalle "Attività temerarie" di cui all'Art. 4.7 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Ci sono limiti di copertura?", pag. 14).

Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Invalidità 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 oppure da 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.

Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)"

Restano esclusi dalla copertura:

- Contagi HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima della stipula 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.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue:

- 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, ad eccezione di quanto previsto per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale **"Invalidità Permanente da Malattia"**, qualora acquistata;
- Relativamente alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale **"Invalidità Permanente da Malattia"**, qualora acquistata, la stessa si intende prestata 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;
- In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America.;
- 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 il 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;
- Qualora acquistata, la Garanzia Aggiuntiva Opzionale **"Invalidità Permanente da Malattia"** non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di Invalidità Permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società;
- La Polizza opera fino alla concorrenza delle Somme Assicurate indicate nello Stato di rischio e dei Sottolimiti di indennizzo, riepilogati nella seguente tabella :

Garanzie e/o Eventi Assicurati	Franchigia	Somme Assicurate e Sottolimiti di Indennizzo per anno
ART. 2.1 - Garanzie Base: Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio (sempre valide ed operanti)		
2.1.1 - Morte da Infortunio	-	come indicato nello Stato di rischio
2.1.2 - Invalidità Permanente da Infortunio	come indicato nello Stato di rischio	come indicato nello Stato di rischio
ART. 2.2 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (sempre valide ed operanti)		
2.2.2 - Ernie traumatiche da sforzo	-	- 3% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di ernia discale o addominale operata o operabile; - 10% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di ernia addominale non operabile; - 2% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di rottura sottocutanea del tendine di Achille.
2.2.5 - Malattie tropicali	20% relativa	fino a concorrenza delle somme assicurate indicate nello Stato di rischio entro il massimo esborso di € 500.000,00 per la garanzia Morte da Infortunio e per Invalidità Permanente da Infortunio
2.2.6 - Danni estetici	-	€ 6.000,00
2.2.7 - Rimborso spese funerarie	-	€ 10.000,00
2.2.8 - Rimpatrio salma	-	€ 7.500,00
2.2.9 - Commorienza	-	aumento del 50% della somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio entro il limite massimo di € 50.000,00

2.2.10 - Stato di coma	29 giorni	€ 30,00 al giorno, per un periodo massimo di 365 giorni
2.2.11 - Costi di salvataggio e ricerca	-	€ 25.000,00
2.2.12 - Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane	Invalità Permanente da Infortunio accertata di grado superiore al 30%	€ 10.000,00 nei 6 mesi successivi la stabilizzazione dell'Invalità
2.2.13 - Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere	-	aumento del 50% della somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio, entro il limite massimo di € 100.000,00
2.2.15 - Clausola Dirigenti	1) Malattie Professionali: riduzione dell'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%	2) Grave Invalità Permanente: 100% della somma assicurata per Invalità Permanente; 3) Paracadutismo e sport aerei in genere: € 100.000,00 per la garanzia Morte da Infortunio e Invalità Permanente da Infortunio.
4.5 - Catastrofale	-	€ 20.000.000,00
4.7 - Attività temerarie	5% assoluta	50% della somma assicurata prevista per le attività extra-professionali, entro il limite massimo di € 100.000,00
4.7 - Attività temerarie (Dirigenti)	nessuna	50% della somma assicurata prevista per le attività extra-professionali.
ART. 2.3 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (valide ed operanti solo se espressamente accettate dalla Società)		
2.3.1 - Eventi aziendali	3% relativa al 10%	€ 100.000,00
ART. 2.4 - Garanzie Aggiuntive Opzionali (valide ed operanti solo se indicate nello Stato di rischio e se pagato il relativo sovrappremio)		
2.4.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio	€ 50,00 per evento e per persona, salvo diversa indicazione riportata nello Stato di rischio	€ 2.500,00 per periodo di assicurazione, salvo diversa indicazione riportata nello Stato di rischio
2.4.2 - Invalità Permanente da Malattia	24%	come indicato nello Stato di rischio
2.4.3 - Indennità da gessatura	come indicato nello Stato di rischio	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 30 giorni
2.4.4 - Diaria da ricovero a seguito di Infortunio	2 notti	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 360 giorni per annualità assicurativa
2.4.5 - Diaria da inabilità temporanea da Infortunio	10 giorni	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 365 giorni
2.4.6 - 3 Virus (Contagio da HIV, Epatite B o C)	-	come indicato nello Stato di rischio
 A chi è rivolto questo prodotto?		
Il presente prodotto assicurativo è destinato ai dipendenti di Aziende, associati di Associazioni e Fondazioni, Federazioni ed Enti Privati e/o Pubblici - Contraenti di Polizza - per gli infortuni subiti nell'espletamento dell'attività professionale (compreso il rischio in itinere) indicata nello Stato di rischio ed extra-professionale.		
 Quali costi devo sostenere?		
Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 22% del Premio imponibile.		
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?		
All'impresa assicuratrice	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 Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com. Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso. La Società, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso. 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. 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 Società, 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. 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 preponente.	
All'IVASS	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: www.ivass.it	

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
Mediazione	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). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di 3 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 30 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 30 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 2 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, quale che sia la decisione del Collegio. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 2,5% del Premio imponibile annuo. Il Premio pagato per l'Assicurazione è detraibile nella misura del 19% per la quota parte di Premio imputabile ai rischi Morte e Invalidità Permanente non inferiore al 5% (Art. 15, comma 1, lett. f), TUIR), invece non è detraibile in sede di dichiarazione dei redditi per la quota parte di Premio imputabile ai rischi Rimborsio spese mediche da Infortunio.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.amtrust.it.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA <u>NON</u> DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE).
--

Indice

Glossario.....	4
Che cosa è assicurato?.....	6
Informazioni sull'Assicurazione	6
Articolo 1 - Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie	6
ART. 1.1 - Disposizioni Comuni	6
a. Oggetto.....	6
b. Operatività delle Garanzie	6
c. Validità della copertura	6
d. Rinuncia di rivalsa	6
Articolo 2 - Garanzie	6
ART. 2.1 - Garanzie Base: Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio (<i>sempre valide ed operanti</i>)	6
ART. 2.1.1 - Morte da Infortunio.....	6
ART. 2.1.2 - Invalidità Permanente da Infortunio	7
ART. 2.2 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (<i>sempre valide ed operanti</i>)	7
ART. 2.2.1 - Morte presunta.....	7
ART. 2.2.2 - Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille.....	7
ART. 2.2.3 - Rischio guerra.....	7
ART. 2.2.4 - Rischio volo.....	7
ART. 2.2.5 - Malattie tropicali	7
ART. 2.2.6 - Danni Estetici	8
ART. 2.2.7 - Rimborso spese funerarie	8
ART. 2.2.8 - Rimpatrio salma	8
ART. 2.2.9 - Commorienza.....	8
ART. 2.2.10 - Stato di coma	8
ART. 2.2.11 - Costi di salvataggio e ricerca	8
ART. 2.2.12 - Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane.....	8
ART. 2.2.13 - Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere.....	8
ART. 2.2.14 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari	8
ART. 2.2.15 - Clausola Dirigenti.....	8
ART. 2.3 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (<i>valide ed operanti solo se espressamente accettate dalla Società</i>)	9
ART. 2.3.1 - Eventi aziendali.....	9
ART. 2.3.2 - Aspettativa	10
ART. 2.4 - Garanzie Aggiuntive Opzionali (<i>valide ed operanti solo se indicate nello Stato di rischio e se pagato il relativo sovrappremio</i>)	10
ART. 2.4.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio.....	10
ART. 2.4.2 - Invalidità Permanente da Malattia.....	10
ART. 2.4.3 - Indennità da gessatura	10

ART. 2.4.4 - Diaria da ricovero a seguito di Infortunio.....	10
ART. 2.4.5 - Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio	10
ART. 2.4.6 - Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)	11
Che cosa NON è assicurato?	11
Articolo 3 - Esclusioni	11
ART. 3.1 - Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie	11
ART. 3.2 - Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia	12
ART. 3.3 - Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus).....	12
Ci sono limiti di copertura?	12
Articolo 4 - Limitazioni	12
ART. 4.1 - Somme Assicurate e Sottolimiti di indennizzo.....	12
ART. 4.2 - Persone non assicurabili	13
ART. 4.3 - Limiti di età.....	14
ART. 4.4 - Limiti di età per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia.....	14
ART. 4.5 - Limiti di risarcimento (Sinistro Catastrofale).....	14
ART. 4.6 - Franchigia per la garanzia Invalidità Permanente	14
ART. 4.7 - Attività temerarie	14
ART. 4.8 - Sanzioni Internazionali	14
Dove vale la copertura?	14
Articolo 5 - Estensione territoriale	14
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	15
Articolo 6 - Sinistri	15
ART. 6.1 - Sinistri conseguenti ad Infortunio	15
ART. 6.1.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio	15
ART. 6.1.2 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato.....	15
ART. 6.1.3 - Liquidazione per Invalidità Permanente da Infortunio	15
ART. 6.1.4 - Criteri di indennizzabilità per Sinistri conseguenti ad Infortunio	15
ART. 6.1.5 - Anticipo indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio	16
ART. 6.1.6 - Valutazione speciale dell'Invalidità Permanente da Infortunio	16
ART. 6.1.7 - Cumulo di indennizzi delle Garanzie Infortuni e relative Estensioni	16
ART. 6.2 - Sinistri conseguenti a Malattia <i>(solo se acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia)</i>	16
ART. 6.2.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia	16
ART. 6.2.2 - Liquidazione per Invalidità Permanente da Malattia.....	16
ART. 6.2.3 – Criteri di indennizzabilità dell'Invalidità Permanente da Malattia	17
ART. 6.2.4 - Cumulo di indennizzi della Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia	17
ART. 6.3 - Sinistri conseguenti al Contagio da HIV, Epatite B o C <i>(Solo se acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale 3 Virus)</i>	17
ART. 6.4 - Norme sulla liquidazione comuni a tutte le Garanzie	17
ART. 6.4.1 - Quantificazione delle somme indennizzabili nel caso di Assicurazione stipulata sulla base delle retribuzioni	17
ART. 6.4.2 - Prova	18

Quando e come devo pagare?	18
Articolo 7 - Pagamento, regolazione e rimborso del Premio	18
ART. 7.1 - Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa	18
ART. 7.2 - Regolazione del Premio.....	18
ART. 7.3 - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni.....	18
ART. 7.4 - Rimborso del Premio	19
Quando comincia la copertura e quando finisce?	19
Articolo 8 - Effetto e durata della Polizza.....	19
Recesso e risoluzione	19
Articolo 9 - Casi di interruzione del Contratto	19
ART. 9.1 - Recesso per Sinistro.....	19
ART. 9.2 - Recesso per Sinistro per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia.....	19
ART. 9.3 - Risoluzione per mancato pagamento del Premio.....	19
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie	19
Articolo 10 - Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del Sinistro.....	19
Altre Disposizioni Contrattuali	20
Articolo 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	20
Articolo 12 - Aggravamento e diminuzione del rischio.....	20
Articolo 13 - Buona Fede.....	20
Articolo 14 - Altre Assicurazioni.....	20
Articolo 15 - Assicurazione per conto altrui	20
Articolo 16 - Clausola Broker.....	20
Articolo 17 - Oneri fiscali	20
Articolo 18 - Variazioni contrattuali a scadenza.....	21
Articolo 19 - Foro competente per l'esecuzione del Contratto.....	21
Articolo 20 - Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione.....	21
Articolo 21 - Rinvio alle norme di legge	21

Glossario

ASSICURATI ADDIZIONALI	Con specifico riguardo all'estensione alle Garanzie Base "Eventi Aziendali", si intendono le persone fisiche che partecipano ad un evento aziendale organizzato dal Contraente e che non risultano già assicurati con la presente Polizza, previa esplicita richiesta del Contraente.
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.
STATO DI RISCHIO	Il documento sul quale vengono riportati gli estremi della prestazione assicurativa.
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.
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).
FAMILIARE DIRETTO	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da autocertificazione) dell'Assicurato.
FRANCHIGIA	Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
GESSATURA	Un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o da altro apparecchio immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso da personale medico.
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;
INVALIDITÀ PERMANENTE	La 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.
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
RETRIBUZIONE ANNUA	Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
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.

RISCHIO PROFESSIONALE	Attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza.
RISCHIO EXTRA-PROFESSIONALE	Ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente
RISCHIO IN ITINERE	Si intende come definito e disposto dall'Art. 12 del Decreto Legislativo n. 38/2000.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETÀ	L'Impresa AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Loss Occurrence**, è rivolta ai dipendenti di Aziende, associati di Associazioni e Fondazioni, Federazioni ed Enti Privati e/o Pubblici - Contraenti di polizza - per gli infortuni subiti nell'espletamento dell'attività professionale (compreso il rischio in itinere) ed extra-professionale.

Articolo 1 - Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

ART. 1.1 - Disposizioni Comuni

a. Oggetto

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'assicurato subisce nei limiti delle somme assicurate indicate nello stato di rischio, per le seguenti garanzie:

- **Morte da Infortunio;**
- **Invalidità Permanente da Infortunio.**

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi dall'Art. 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 maleore 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 a fronte della sotto elencata documentazione:

1. verbale di pronto soccorso redatto entro 48 h dall'evento;
2. venga presentato il risultato positivo di un esame oto vestibolare successivo all'evento;
3. venga accertata la rettilinizzazione del rachide cervicale evidenziale da rx standard.

b. Operatività delle Garanzie

In base a quanto riportato nello Stato di rischio, l'Assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate (Rischio professionale). Si intende compreso nelle attività professionali il c.d. Rischio in itinere, come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000 e s.m.i.;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (Rischio extra-professionale).

c. Validità della copertura

L'Assicurazione è prestata nella forma **Loss Occurrence**, ossia è intesa a tutelare l'Assicurato per gli infortuni occorsi durante il periodo di efficacia del contratto, purché denunciati entro il termine definito all'Art. 6 e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

d. Rinuncia di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di Surroga ai sensi dell'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Articolo 2 - Garanzie

ART. 2.1 - Garanzie Base: Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio (sempre valide ed operanti)

ART. 2.1.1 - Morte da Infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte. La somma assicurata viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifichi entro 2 (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.

ART. 2.1.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza l'Invalidità Permanente.

ART. 2.2 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (sempre valide ed operanti)

ART. 2.2.1 - Morte presunta

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 12 (dodici) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

ART. 2.2.2 - 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 all'Art. 10.

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.

ART. 2.2.3 - 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 (quattordici) 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.

ART. 2.2.4 - 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.

ART. 2.2.5 - Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di morte e Invalidità Permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono esclusivamente quelle di seguito riportate: amebiasi, chikungunya, colera, encefalite giapponese, febbre gialla, filariosi, leishmaniosi, schistosomiasi, tripanosmiasi.

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 – per l'industria - e successive modifiche ed integrazioni, 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 un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita;

La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

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.

ART. 2.2.6 - 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 (seimila) 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.**

ART. 2.2.7 - Rimborso spese funerarie

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

ART. 2.2.8 - 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 **€ 7.500,00 (settemilacinquecento)**. Fatto salvo quanto previsto per le spese funerarie all'art. 2.2.7.

ART. 2.2.9 - 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%, con il limite massimo di € 50.000,00 (cinquantamila)**. 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 **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.**

ART. 2.2.10 - 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 di **€ 30,00 (trenta)** per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto a decorrere dal 30° (trentesimo) giorno consecutivo di coma e con il limite di € 10.000,00 per anno.

ART. 2.2.11 - 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 (venticinquemila)** i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

ART. 2.2.12 - 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 6 (sei) 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 (diecimila)**.

ART. 2.2.13 - 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 (centomila)**.

ART. 2.2.14 - 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.

ART. 2.2.15 - 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%**. 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 (centomila)** per le garanzie Morte ed Invalidità Permanente.

ART. 2.3 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (valide ed operanti solo se espressamente accettate dalla Società)

ART. 2.3.1 - Eventi aziendali

La presente estensione di copertura vale solo per gli infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali. L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.

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.

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 concordata con la Società.

La copertura si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio con una somma assicurata di **€ 100.000,00 (centomila)** per ciascun Assicurato Addizionale.

Ai fini della presente estensione di copertura, 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, con invio documentabile e databile, a titolo esemplificativo a mezzo e-mail, 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 a mezzo e-mail almeno 5 (cinque) 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 all'Art. 6 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.

Esempi di applicazione della Franchigia 3% relativa al 10%

Esempio 1: L'Assicurato denuncia un Sinistro per Invalidità Permanente da Infortunio, il cui grado è pari al 3%.

- Somma Assicurata: € 100.000
- Indennizzo da liquidare: Nessuno

Esempio 2: L'Assicurato denuncia un Sinistro per Invalidità Permanente da Infortunio, il cui grado è pari al 7%.

- Somma Assicurata: € 100.000
- Indennizzo da liquidare: € 4.000 (7%-3%)

Esempio 3: L'Assicurato denuncia un Sinistro per Invalidità Permanente da Infortunio, il cui grado è pari all'11%.

- Somma Assicurata: € 100.000
- Indennizzo da liquidare: € 11.000 (11%)

ART. 2.3.2 - Aspettativa

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

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

Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio, con i criteri di cui all'Art. 6.4.1, e che il Contraente si impegna ad integrare e a comunicare nei termini dell'Articolo 7.3 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 2.4 - Garanzie Aggiuntive Opzionali (valide ed operanti solo se indicate nello Stato di rischio e se pagato il relativo sovrappremio)

ART. 2.4.1 - 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 (duemilacinquecento) per periodo di assicurazione, previa detrazione di una Franchigia pari a € 50,00 (cinquanta)** per evento e per persona, **salvo diversa indicazione riportata nello Stato di rischio.**

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.

ART. 2.4.2 - Invalidità Permanente da Malattia

L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia che insorga nel corso del presente contratto.

La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro 1 (un) anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.

La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito nello 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, pari al 24%.

ART. 2.4.3 - Indennità da gessatura

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera indicata nello Stato di rischio per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni.

ART. 2.4.4 - 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 nello Stato di rischio sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di 360 (trecentosessanta) giorni per ciascuna annualità assicurativa. Le prime 2 (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.

ART. 2.4.5 - 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 indicata nello Stato di rischio:

- a) integralmente 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 anche 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 (trecentosessantacinque) giorni a decorrere dall'11° (undicesimo) giorno successivo a quello dell'infortunio per la categoria di Assicurati per cui è prevista la presente garanzia e purché il sinistro sia risarcibile sulla base di quanto descritto nella presente polizza. Nel caso di ritardata denuncia il compenso giornaliero sarà pagato a partire dal giorno della data di notifica ma in ogni caso non si provvederà ad alcun rimborso per notifiche fatte oltre i 90 (novanta) giorni dalla data del sinistro. Il pagamento della diaria giornaliera cesserà immediatamente alla più vicina all'infortunio delle seguenti date:

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

ART. 2.4.6 - Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito nello Stato di rischio 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 nello Stato di rischio e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. entro 5 (cinque) giorni dal presunto contagio;
2. a distanza di 2 (due) mesi dal presunto contagio;
3. a distanza di 6 (sei) 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 alla Società 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 (cinque) giorni, dopo 2 (due) mesi e dopo 6 (sei) mesi. Solamente in caso di esito positivo, l'Assicurato dovrà consegnare alla Società 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 alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 - Esclusioni

ART. 3.1 - Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie

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 dall'Art. 2.2.3;
- 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, ossia le gare in cui i concorrenti debbono completare un percorso in un tempo definito, rispettando una tabella di marcia;
- 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 dall'Art. 4.7;
- l) sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto.

ART. 3.2 - Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

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

ART. 3.3 - Esclusioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Restano esclusi dalla copertura:

- a) Contagi HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima della stipula della polizza;
- b) Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, etc);
- c) 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.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 - Limitazioni

ART. 4.1 - Somme Assicurate e Sottolimiti di indennizzo

La Polizza opera fino alla concorrenza delle Somme Assicurate indicate nello Stato di rischio e dei Sottolimiti di indennizzo riportati nella presente Polizza e riepilogati nella seguente tabella.

Garanzie e/o Eventi Assicurati	Franchigia	Somme Assicurate e Sottolimiti di Indennizzo per anno
ART. 2.1 - Garanzie Base: Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio (sempre valide ed operanti)		
2.1.1 - Morte da Infortunio	-	come indicato nello Stato di rischio
2.1.2 - Invalidità Permanente da Infortunio	come indicato nello Stato di rischio	come indicato nello Stato di rischio
ART. 2.2 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (sempre valide ed operanti)		
2.2.2 - Ernie traumatiche da sforzo	-	- 3% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di ernia discale o addominale operata o operabile; - 10% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di ernia addominale non operabile; - 2% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente in caso di rottura sottocutanea del tendine di Achille.

Garanzie e/o Eventi Assicurati	Franchigia	Somme Assicurate e Sottolimiti di Indennizzo per anno
2.2.5 - Malattie tropicali	20% relativa	fino a concorrenza delle somme assicurate indicate nello Stato di rischio entro il massimo esborso di € 500.000,00 per la garanzia Morte da Infortunio e per Invalidità Permanente da Infortunio
2.2.6 - Danni estetici	-	€ 6.000,00
2.2.7 - Rimborso spese funerarie	-	€ 10.000,00
2.2.8 - Rimpatrio salma	-	€ 7.500,00
2.2.9 - Commorienza	-	aumento del 50% della somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio entro il limite massimo di € 50.000,00
2.2.10 - Stato di coma	29 giorni	€ 30,00 al giorno, per un periodo massimo di 365 giorni
2.2.11 - Costi di salvataggio e ricerca	-	€ 25.000,00
2.2.12 - Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane	Invalidità Permanente da Infortunio accertata di grado superiore al 30%	€ 10.000,00 nei 6 mesi successivi la stabilizzazione dell'Invalidità
2.2.13 - Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere	-	aumento del 50% della somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio, entro il limite massimo di € 100.000,00
2.2.15 - Clausola Dirigenti	1) Malattie Professionali: riduzione dell'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%	2) Grave Invalidità Permanente: 100% della somma assicurata per Invalidità Permanente; 3) Paracadutismo e sport aerei in genere: € 100.000,00 per la garanzia Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio.
4.5 - Catastrofale	-	€ 20.000.000,00
4.7 - Attività temerarie	5% assoluta	50% della somma assicurata prevista per le attività extra-professionali, entro il limite massimo di € 100.000,00
4.7 - Attività temerarie (Dirigenti)	nessuna	50% della somma assicurata prevista per le attività extra-professionali.
ART. 2.3 - Estensioni alle Garanzie Base incluse nel Premio (valide ed operanti solo se espressamente accettate dalla Società)		
2.3.1 - Eventi aziendali	3% relativa al 10%	€ 100.000,00
ART. 2.4 - Garanzie Aggiuntive Opzionali (valide ed operanti solo se indicate nello Stato di rischio e se pagato il relativo sovrappremio)		
2.4.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio	€ 50,00 per evento e per persona, salvo diversa indicazione riportata nello Stato di rischio	€ 2.500,00 per periodo di assicurazione, salvo diversa indicazione riportata nello Stato di rischio
2.4.2 - Invalidità Permanente da Malattia	24%	come indicato nello Stato di rischio
2.4.3 - Indennità da gessatura	come indicato nello Stato di rischio	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 30 giorni
2.4.4 - Diaria da ricovero a seguito di Infortunio	2 notti	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 360 giorni per annualità assicurativa
2.4.5 - Diaria da inabilità temporanea da Infortunio	10 giorni	come indicato nello Stato di rischio, per un periodo massimo di 365 giorni
2.4.6 - 3 Virus (Contagio da HIV, Epatite B o C)	-	come indicato nello Stato di rischio

ART. 4.2 - Persone non assicurabili

L'assicurazione non è operante 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.

ART. 4.3 - Limiti di età

La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione 30 (trenta) 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, ad eccezione di quanto previsto dall'Art. 4.4.

ART. 4.4 - Limiti di età per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia

La garanzia si intende prestata per le persone di età non superiore ai 65 (sessantacinque) 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.

ART. 4.5 - Limiti di risarcimento (Sinistro Catastrofale)

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 (venti milioni) 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.

ART. 4.6 - Franchigia per la garanzia Invalidità Permanente

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art 6.1.3 si conviene che alla garanzia Invalidità Permanente sarà applicata la franchigia indicata nello Stato di rischio.

ART. 4.7 - 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 (diciotto) 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 (centomila)**, 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.

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.

ART. 4.8 - Sanzioni Internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America.

Dove vale la copertura?

Articolo 5 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Qualora acquistata, la garanzia Aggiuntiva Opzionale Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus) vale per il mondo intero ad eccezione di Cuba, Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Congo, Repubblica Democratica del Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomè, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Thailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe.

Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?

Articolo 6 - Sinistri

ART. 6.1 - Sinistri conseguenti ad Infortunio

ART. 6.1.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata con certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società (AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali) o all'Intermediario cui è assegnata la polizza, entro 15 (quindici) giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui, il Contraente/Assicurato od i suoi aventi diritto, ne abbiano avuto la possibilità. Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, il Contraente/Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 Codice civile.

Avvenuto l'infortunio, il Contraente/Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente il Contraente/Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a 30 (trenta) giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

ART. 6.1.2 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 2.1.1, la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

ART. 6.1.3 - Liquidazione per Invalidità Permanente da Infortunio

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 D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 – per l'industria – e successive modificazione ed integrazioni (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista, **salvo quanto indicato all'Art. 4.6**. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla predetta 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.

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.

ART. 6.1.4 - Criteri di indennizzabilità per Sinistri conseguenti ad Infortunio

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 il 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.

ART. 6.1.5 - Anticipo indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio

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 (centocinquantamila)**.

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.

ART. 6.1.6 - 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 – per l'industria - e successive modifiche ed integrazioni, 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**.

ART. 6.1.7 - Cumulo di indennizzi delle Garanzie Infortuni e relative Estensioni

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.

ART. 6.2 - Sinistri conseguenti a Malattia (solo se acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia)

ART. 6.2.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia

La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare Invalidità Permanente deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società (AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali) o all'Intermediario cui 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. Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, l'Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 Codice civile.

Trascorsi i 30 (trenta) 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 dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

ART. 6.2.2 - Liquidazione per Invalidità Permanente da Malattia

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso 1 (uno) anno dalla data della denuncia della malattia e non oltre i 18 (diciotto) mesi dalla stessa.

Ricevuta la documentazione prevista dall'Art. 6.2.1 e compiuti gli accertamenti del caso, la Società 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 D.P.R. del 30/06/1965 no. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 – per l'industria - e successive modificazione ed integrazioni la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico della Società.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello della Società - 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 Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

I.P.%	CAPITALE %	I.P.%	CAPITALE %
1/24	= 0	35/55	= 35/55
25	= 5	56	= 59
26	= 8	57	= 63
27	= 11	58	= 67
28	= 14	59	= 71
29	= 17	60	= 75
30	= 20	61	= 79
31	= 23	62	= 83
32	= 26	63	= 87
33	= 29	64	= 91
34	= 32	65	= 95
		66/100	= 100

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia 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.

ART. 6.2.3 – Criteri di indennizzabilità dell'Invalidità Permanente da Malattia

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'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.

ART. 6.2.4 - Cumulo di indennizzi della Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia

La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di Invalidità Permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società.

ART. 6.3 - Sinistri conseguenti al Contagio da HIV, Epatite B o C (Solo se acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale 3 Virus)

In caso di Contagio, l'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro 15 (quindici) giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società (AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali) o all'Intermediario cui è assegnata la polizza.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica. 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.

ART. 6.4 - Norme sulla liquidazione comuni a tutte le Garanzie

ART. 6.4.1 - Quantificazione delle somme indennizzabili nel caso di Assicurazione stipulata sulla base delle retribuzioni

Qualora sia stata stipulata la Polizza con la modalità di calcolo del premio basato sulle retribuzioni annue, per la liquidazione delle indennità è considerata Retribuzione Annuo dell'infortunato quella percepita e/o maturata nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per 4 (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 90 (novanta) giorni di servizio è considerata Retribuzione Annuo quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) 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.

ART. 6.4.2 - 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.

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 - Pagamento, regolazione e rimborso del Premio

ART. 7.1 - Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.

Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato all'Art. 9.3.

I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

ART. 7.2 - Regolazione del Premio

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito.

A tale scopo entro 90 (novanta) 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 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 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 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 è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Di comune accordo fra le parti si conviene che per le polizze a multipli di retribuzione nessuna appendice di regolazione premio sarà emessa nel caso in cui il relativo ammontare di premio non sia uguale o superiore a **€ 100,00 (cento)**. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che la Società modifichi quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% dell'ultimo Premio consuntivo.

In ogni caso, la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del premio pagato a deposito.

ART. 7.3 - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

In accordo tra le parti, la Polizza può essere sottoscritta sulla base ad elementi di rischio variabili.

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.

Il tasso di Premio (permille) pattuito, viene applicato alla Retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto. 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.

ART. 7.4 - Rimborso del Premio

In caso di recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 - Effetto e durata della Polizza

Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 7.1.

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di Polizza e, qualora non sia stato diversamente pattuito tra le parti, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 - Casi di interruzione del Contratto

ART. 9.1 - Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. Come previsto dall'Art. 7.4 in caso di recesso, al Contrante è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

ART. 9.2 - Recesso per Sinistro per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia

Dopo ogni denuncia di sinistro sulla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia, e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo tanto il Contraente che la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo o dalla sola copertura relativa all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione sia nei confronti della persona cui la denuncia del danno si riferisce, sia rispetto alla totalità degli Assicurati, mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 15 (giorni) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. Come previsto dall'Art. 7.4 In caso di recesso, al Contrante è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile della garanzia Invalidità Permanente da Malattia relativamente al periodo di rischio pagato e non corso.

ART. 9.3 - Risoluzione per mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del Premio nei termini previsti dai precedenti Artt. 7.1 e 7.2, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R o PEC, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 - Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del Sinistro

In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di 3 (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 30 (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 30 (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 2 (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, quale che sia la decisione del Collegio.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese del Contraente e riportate nella Scheda di Polizza e nello Stato di Rischio formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12 - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio.

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

Articolo 13 - Buona Fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni del 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 ai precedenti Artt. 11 e 12.

Resta inteso che il 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 14 - Altre Assicurazioni

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

Esclusivamente se acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Invalidità Permanente da Malattia, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'Indennizzo. La Società entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra può recedere dal Contratto con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

In caso di Sinistro vale quanto disposto dagli Artt. 6.1.1 e 6.2.1.

Articolo 15 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile.

Articolo 16 - Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata, telefax o e-mail, si intenderà come fatta alla Società, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario alla Società, in nome e per conto del Contraente, si intenderà fatta dal Contraente stesso, facendo fede per la validità la data della comunicazione inviata per iscritto.

Articolo 17 - Oneri fiscali

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

Articolo 18 - Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del contratto la Società voglia apportare variazioni alle condizioni tariffarie o normative, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In caso di mancato consenso del Contraente alle suddette variazioni, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il relativo nuovo Premio. Per l'accettazione delle eventuali novazioni normative, invece, è richiesto un consenso esplicito da parte del Contraente, in mancanza del quale, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Articolo 19 - Foro competente per l'esecuzione del Contratto

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato (se persona fisica) oppure quello della sua sede legale (se persona giuridica).

Articolo 20 - Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente l'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti.

I riferimenti della Società sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.: Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 21 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518

Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338

Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

Gentile Cliente,

AmTrust Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia") rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, Le fornisce di seguito le informazioni essenziali sull'attività di raccolta e di trattamento dei dati personali e le informazioni che permettono di esercitare i diritti previsti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento").

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati - Contatti del Responsabile della protezione dei dati (DPO)



Il Titolare del Trattamento è AmTrust Assicurazioni S.p.A., Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Partita IVA 01917540518 (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia").

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, nonché designare soggetti 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.



AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" (c.d. "Data Protection Officer" o "DPO"). Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e/o per esercitare i diritti previsti dal GDPR, come specificati nel paragrafo 9 della presente Informativa, è possibile contattare il DPO al seguente indirizzo di posta elettronica:

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

Nell'ambito della gestione del rapporto assicurativo, AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha la necessità di disporre di dati personali comuni e giudiziari a Lei riferiti (dati che possono essere già acquisiti, forniti da Lei o da altri soggetti, anche mediante la consultazione di banche dati). A tal fine i suoi dati verranno utilizzati per le seguenti finalità secondo una determinata base giuridica:

 FINALITA'	 BASE GIURIDICA
a) quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; b) raccolta dei premi e gestione del contratto; c) liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; d) valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;	Esecuzione di obblighi precontrattuali e contrattuali
e) prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; f) adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;	Obbligo legale
g) riassicurazione e coassicurazione; h) esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; i) analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; j) gestione e controllo interno; k) attività statistiche, anche a fini di tariffazione; l) utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.	Legittimo interesse

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio. A tali fini, non è richiesto il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura comune strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della Compagnia e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.

Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviareLe comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo, nel quadro dei servizi al cliente e della verifica della qualità dei servizi stessi. In assenza di tali dati non sarà possibile contattarLa tempestivamente per fornirLe informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

3. Natura del conferimento dei dati



Per la prestazione dei servizi assicurativi della Compagnia, la comunicazione dei Suoi dati personali è obbligatoria perché necessaria per dare esecuzione al rapporto assicurativo.

Pertanto, la loro mancata, parziale o inesatta comunicazione può avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di eseguire gli adempimenti contrattuali in essere.

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



I dati sono 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 del GDPR, della normativa nel tempo applicabile e delle specifiche disposizioni operative adottate dalla Compagnia in tema di conservazione della documentazione contenente dati personali.

I dati personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i dati personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso in cui ad esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione. I dati personali possono essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento del periodo di conservazione dei dati stessi, oppure nel caso in cui gli stessi siano indispensabili per difendere i diritti della Compagnia in giudizio.

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



I dati raccolti e trattati dalla Compagnia per le finalità descritte al paragrafo 2 potranno essere comunicati:

- a) alle Società del Gruppo AmTrust;
- b) 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 (fiduciari e di controparte), 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;
- c) alle Autorità ed Enti Pubblici in generale per l'adempimento di obblighi di legge.

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



Per le finalità di cui al paragrafo 2, i Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea e/o all'area SEE regolamentata in modo uniforme dal GDPR.

L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali verso Paesi extra UE/SEE avverrà, in ogni caso, nel rispetto dei livelli di protezione e di tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalle ulteriori normative vigenti ed applicabili in base a convenzioni internazionali, criteri di adeguatezza sanciti dalla Commissione Europea e, comunque, garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti con i destinatari dei Suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

8. Adozione di un processo decisionale automatizzato basato unicamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione



I dati non sono trattati mediante un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

9. Diritti dell'interessato



Come previsto dall'art. 15 e seguenti del GDPR, in qualità di Interessato Lei, in ogni momento, può:

- a) chiedere alla Compagnia l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, 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 (quando il trattamento di tali dati si basa sul Suo consenso o su di un contratto di cui Lei è parte ed il trattamento è effettuato con mezzi automatizzati);
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità dei trattamenti svolti dalla Compagnia basati sul Suo consenso prestato prima della revoca;
- e) in caso non sia pienamente soddisfatto delle risposte della Compagnia alle Sue richieste, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente per territorio.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta alla Compagnia e/o al proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), senza particolari formalità, all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com